

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

UNIDAD DE POSTGRADO

**Calidad del empleo del personal de salud en una
institución hospitalaria**

TESIS

para optar el grado de Magíster en Política Social

AUTOR

María Elizabeth Casas Sulca

ASESOR

Emma Bustamante Contreras

Lima – Perú

2012

A mis queridos Padres,

Pedro Casas, e Hilaria Sulca Vda. de Casas, q.e.p.d.
incomparables referentes de vida...

A mi familia nuclear,

Carlos Hayakawa, mis entrañables hijos
José Carlos y Patricia Karen Hayakawa Casas,
quienes son la razón de mi vida y por el impulso sin pausa
que me supieron dar para sacar adelante este emprendimiento...

A Emma Bustamente Contreras,

maestra y amiga de siempre,
referente de desarrollo profesional de enfermería
y de compromiso social en nuestro país...

A los trabajadores de salud,

por su entrega y compromiso con el derecho
a la salud de la población...

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Emma Bustamante Contreras, por haberme enseñado los fundamentos de la investigación cualitativa y darme la posibilidad de relacionar la experiencia vivida sobre calidad del empleo en salud con el conocimiento teórico; por su paciencia y dedicación.

Al Dr. Pedro Brito Quintana, por la contribución dada en diferentes oportunidades para definir el objeto de estudio de esta investigación y sus innumerables apoyos teóricos.

A las autoridades del Hospital Nacional Docente Materno Infantil San Bartolomé, así como al Dr. Nazario Silva y Dr. Hugo Oblitas Baldárrago, por su especial predisposición para apoyar esta investigación, haciendo posible el acceso a la información y a valiosos testimonios. Asimismo al personal de salud que participó en la investigación, por su disponibilidad y por la valiosa información brindada.

A Betzy Moscoso Rojas y Víctor Carrasco Cortez, prestigiados profesionales de la salud, amigos y compañeros militantes salubristas, por su aporte y contribución con esta investigación.

A mis profesores de la Unidad de Post Grado - Facultad de Ciencias Sociales de la UNMSM, quienes directa o indirectamente contribuyeron en mi formación en Políticas Sociales.

INDICE:

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN	1
1.1 Situación Problemática	1
1.2 Formulación del Problema	3
1.3. Justificación Teórica	4
1.4. Justificación Práctica	5
1.5. Objetivos	7
1.5.1 Objetivo General	7
1.5.2 Objetivos específicos:	7
CAPITULO 2: MARCO TEORICO	8
2.1 Marco epistemológico de la Investigación	8
2.1.1 El contexto de Referencia	8
2.1.2 El Desarrollo Humano, los Recursos Humanos en Salud (RHUS) y la Gestión de Recursos Humanos en Salud	14
2.1.3 La Salud y Seguridad de los Trabajadores de Salud: un derecho Humano.	16
2.1.4 Pactos y normas internacionales y nacionales sobre el derecho humano a condiciones de trabajo satisfactorias.	18
2.1.5 Campo de los recursos humanos en salud.	22
2.1.6 Marco legal sobre el trabajo en salud, en el Sector Público	23
2.2 Antecedentes de la Investigación	27
2.2.1 Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2010-2014	27
2.2.2 Agenda nacional de temas de investigación para conocer los problemas de los recursos humanos en salud 2011 – 2014	28
2.2.3 Investigación “Condiciones de trabajo, Salud y Seguridad de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú	31
2.2.4 El Observatorio de Recursos Humanos	31

2.2.5	Estudio “Calidad del empleo y calidad de la atención en salud en Córdoba, Argentina - Aportes para políticas laborales más equitativas. 2004”	33
2.3.	Bases Teóricas	35
2.3.1	Doble dimensión conceptual de los Recursos Humanos en Salud	35
2.3.2	La calidad del empleo y el trabajo decente	37
2.3.3	Determinantes de la calidad del empleo en salud, condiciones de Salud y Seguridad de los Trabajadores.	41

CAPITULO 3: METODOLOGÍA **45**

3.1	Método de la investigación	45
3.2	Población de estudio	46
3.2.1	El sistema de salud en el Perú	46
3.2.2	Población en Estudio	52
3.3	Muestra	53
3.4	Recopilación de información	56
	a. Técnicas e instrumentos	57
	b. Desarrollo de la entrevista	58
3.5	Análisis de la información	60

CAPITULO 4: ANÁLISIS INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS **DE 62**

4.1	Características del establecimiento de estudio	62
4.2	Tamaño y composición de la fuerza laboral.	70
4.3	Calidad del empleo en salud	75
4.3.1	Condición laboral y protección social	75
4.3.2	Régimen remunerativo	82
4.3.3	Pluriempleo	87
4.3.4	Jornada laboral /Turnos de trabajo	92
4.3.5	Condiciones de Higiene y Seguridad	97
4.3.6	Exposición a Riesgos laborales	101

a.	Riesgos de carácter biológico	102
b.	Identificación de los riesgos ambientales físicos.	104
c.	Riesgos ambientales químicos.	108
d.	Exposición a riesgos ambientales mecánicos por diferentes causas.	109
e.	Exposición a riesgos psicosociales.	113
f.	Riesgo de violencia en el trabajo.	116
4.3.7	Enfermedades y accidentes laborales	119
a.	Sobre las enfermedades laborales.	119
b.	Respecto de accidentes laborales.	122
4.3.8	Comité de Higiene y Seguridad	127
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		129
CONCLUSIONES		129
RECOMENDACIONES		136
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		138
ANEXOS		144
Anexo 1:	Definición de términos	145
Anexo 2:	Cuadro de identificación de entrevistados	155
Anexo 3:	Declaración de consentimiento informado	156
Anexo 4 A:	Guía de entrevista a directivo	158
Anexo 4 B:	Guía de entrevista a personal de salud.	161

LISTADO DE CUADROS Y GRAFICOS

<i>Grafico N°1:</i> la crisis financiera y sus posibles efectos en la seguridad y salud en el Trabajo	12
<i>Gráfico N°2:</i> Determinantes de la Fuerza laboral	42
<i>Grafico N°3:</i> Gasto en Salud en el Perú respecto del PBI	50
<i>Grafico N° 4:</i> Estructura del Financiamiento en Salud en el Perú.	51
<i>Cuadro N°1.</i> Marco legal sobre la Salud y Seguridad de los Trabajadores de Salud	21
<i>Cuadro N°2.</i> Normas de Salud según periodos de Regulación	26
<i>Cuadro N°3.</i> Prioridades Nacionales de Investigación en Salud para el periodo 2010-2014 RM N° 220-2010/MINSA	28
<i>Cuadro N°4.</i> Agenda Nacional de Investigación para conocer los problemas del Campo de los Recursos Humanos en Salud 2011 – 2014	29
<i>Cuadro N°5.</i> Temas de Investigación Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud	33
<i>Cuadro N°6.</i> MINSA. Establecimientos de salud por categorías	49
<i>Cuadro N°7.</i> MINSA: distribución porcentual de Recursos Humanos por condición laboral – 2009	52
<i>Cuadro N°8.</i> Normativa sobre Establecimientos de Salud	68
<i>Cuadro N°9.</i> Número de Personal por aéreas de atención según condición laboral, HONADONAMI/ SB -2009	71
<i>Cuadro N°10.</i> Total de personal y distribución por modalidad de contratación- HONADONAMI/ SB 2009	77

RESUMEN

Es indudable la emergencia de muchas y variadas interrogantes sobre la calidad del empleo en salud, particularmente en instituciones hospitalarias que por su capacidad resolutive constituyen instituciones de especial relevancia en el Sistema de Salud.

Este estudio tiene como objetivo analizar los principales factores asociados a la calidad del empleo del personal de salud en el Hospital Nacional Docente Madre Niño / San Bartolomé HONADOMANI/SB. La metodología empleada fue la investigación cualitativa. La información ha sido recogida mediante entrevistas con preguntas abiertas semi estructuradas. El análisis fue realizado mediante categorías generales: fuerza laboral, calidad del empleo (condición laboral, régimen remunerativo, pluriempleo, jornada laboral, higiene y seguridad, exposición a riesgos, violencia en el trabajo) y enfermedades / accidentes laborales. En el análisis, se evidencia entre los entrevistados que la ubicación física y la antigüedad de su infraestructura constituye en sí misma un riesgo para el personal de salud. Hay percepción de precariedad en la condición laboral particularmente por el régimen CAS, existiendo salarios bajos y más aún inequidad salarial, entre los CAS y el personal nombrado, no obstante que desarrollan el mismo proceso de trabajo. Igualmente hay pluriempleo para complementar sus ingresos y situaciones de sobrecarga laboral en la jornada y turnos de trabajo extras y reemplazos. Sobre la higiene y seguridad del trabajo existen más que nada medidas reactivas a contingencias. Relativo a exposición a riesgos, la mayor percepción es por factores biológicos, ambientales mecánicos y ambientales físicos. Se identifica como enfermedades laborales: problemas osteo /musculares, lumbalgias, fatiga física, mental, stress, osteoporosis, artrosis, dolores de cabeza, alteraciones gastrointestinales y alegrías.

Se concluyó que la calidad del empleo en el HONADOMANI/SB, es un tema pendiente en su agenda de gestión.

Palabras-claves: calidad del empleo, salud y seguridad, riesgos, enfermedades laborales

SUMMARY

There is no doubt that there is a need to question the quality of the employment within the health sector, especially in hospital institutions that are key to the Health System due to their problem solving ability.

This study aims to analyze the main factors associated to the employment quality of the health staff in the National Educational Mother – Child / San Bartolome HONADOMANI/SB. The methodology used was the qualitative research.

The information was collected through interviews with semi-structured open questions. The analysis was made by the use of general categories: labor force, employment quality (labor condition, salary range, pluri-employment, working day, hygiene and safety, risk exposure, workplace violence) and sickness/ workplace injuries.

In the analysis, we can see that the location and the seniority of the infrastructure represent a risk for the health staff among interviewees. There is a feeling of job insecurity due to the CAS system, with low paying salaries and salary inequity among CAS and appointed staff, even though they do the same job.

There is also pluri-employment in order to complement their incomes and work overload cases in the daily job and overtime shifts and replacements.

Regarding the hygiene and job security there are some reactive measures to cover eventualities. In regards to the exposure to risks, the biggest perception is due to biological, environmental factors (mechanical and physical ones).

It is identified as work-related diseases: osteo-muscle problems, back pain, physical and mental fatigue, stress, osteoporosis, arthrosis, headaches, gastrointestinal diseases and allergies.

To conclude I can say that the employment quality at the HONADOMANI/SB, is a pending subject withing the management agenda.

Key words: employment quality, health and safety, risks, work-related diseases.

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Situación Problemática

Brito(2000) señala que la calidad del empleo y el régimen laboral del sector salud, así como sus implicaciones económicas y políticas, han sido poco estudiadas, lo cual constituye una paradoja dado que el sector salud es un importante empleador en todas las economías de la región de la Américas, esto se evidencia en la ocupación de mano de obra intensiva con presencia importante de la mujer y el alto gasto en personal. A lo que se agrega el que las instituciones del sector salud son unidades de muy alta complejidad y conflictividad, desde la visión de la producción.

En el Perú, el proceso de reforma estructural de las dos últimas décadas, exitoso en la recuperación económica y el descenso significativo de la inflación, configuró mejores perspectivas socioeconómicas para el país; sin embargo, finalizados los gobiernos que la implementaron en ese período, se percibe una sensación mayoritaria que, en relación al pasado, se generaron mayores desigualdades de ingreso y situaciones precarias de empleo que limitan definitivamente la inclusión de las mayorías poblacionales en los beneficios de esta recuperación, Arroyo(2000).

Arroyo(2000) precisa que los resultados de las políticas de ajuste aplicadas en nuestro país se expresaron dramáticamente en su *peculiar estructura ocupacional, que es No ocupacional*, y además señala que las tasas actuales de desempleo, subempleo y adecuadamente empleados son anormales para cualquier ordenamiento económico social, elemental. En concordancia a lo señalado, en las últimas décadas en el país, se han dado cambios en la organización y el contenido del trabajo y

también del marco legal para la contratación de personal¹.

En salud, surgió una nueva tendencia en la organización de las instituciones públicas y privadas (Comités Locales de Autogestión, Cooperativas, Hospitales de Solidaridad, Clínicas en Hospitales públicos, etc.) situación que enfrenta nuevos modelos de gestión de la fuerza laboral en salud. La prioridad de la calidad de la atención hace que el recurso humano sea decisivo y emerge una nueva lógica de organización.

Para la instrumentación de políticas de recuperación de servicios, aumento de cobertura y promoción de formas de autogestión comunitaria se utilizaron cambios en la relación laboral (tercerización, privatización y subcontratación) y una serie de opciones de contratación formal e incluso informal, Brito(2000). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se hizo evidente una tendencia a la “movilidad funcional”, la “polivalencia” y al surgimiento de condiciones precarias de empleo, sobre los cuales lamentablemente no hay un debido registro (OPS - CEPAL - OIT, Marzo 2000) .

La coyuntura actual ha demostrado que las salidas buscadas por la gran mayoría de empleados públicos de salud para enfrentar esta realidad viene siendo el ingreso en otros empleos, tanto del sector público como privado; o la ampliación de horas de trabajo y de remuneración por medio de escalas extras de servicio en la misma institución. Profesionales de la salud, auxiliares y técnicos de enfermería, entre otros, cumplen jornadas laborales superiores a 40 horas semanales y, vienen acumulando 24, 36 y hasta 48 horas extras de trabajo por medio del mismo vínculo de trabajo, sin importar los prejuicios para la vida personal y colectiva.

No cabe duda que los procesos de ajuste económico y la pobre atención de recursos

1 MINSA. Proyecto Generación de Capacidades. Lima Perú. 1996

financieros asignados al sector salud, han tenido un efecto sobre la fuerza de trabajo; no obstante ello, existe una serie de vacíos, controversias y evidencias no conclusivas sobre las consecuencias de estos cambios. Se requiere información sobre los efectos que genera la flexibilización de las relaciones laborales y los nuevos modos de gestión del trabajo en los servicios de salud utilizados para “*modernizar la gestión sanitaria*”. Asimismo sobre los efectos de la tendencia a desatender la calidad del empleo en salud, tanto en el desempeño del personal en los servicios de salud como en sus consecuencias en la atención de la salud de la población.

El desarrollo de este estudio de investigación se sustenta en el convencimiento de que la salud es un objetivo prioritario en la búsqueda por la equidad y una mejora en la calidad de vida tanto en materia de cobertura como de calidad de la atención, constituyendo el trabajador de salud un intermediario entre el conocimiento y la población, en el marco de las políticas, planes y programas de las instituciones del Sistema de Salud. Asimismo se sustenta en que los trabajadores de salud son la base del Sistema de Salud y su desarrollo conforma la base social y técnica del mismo, constituyendo parte esencial de su desempeño, pues su contribución es fundamental para asegurar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad de la población.

1.2 Formulación del Problema

Sin duda alguna existe emergencia de muchas y variadas interrogantes sobre la calidad del empleo en salud, particularmente en instituciones hospitalarias que por su capacidad resolutive constituyen instituciones de especial relevancia en el Sistema de Salud. En este marco de argumentación y considerando que la calidad del empleo es un fenómeno relevante que trae cambios significativos en el mundo del trabajo en salud, el problema de Investigación que se aborda es: *¿cómo es la calidad del empleo del personal de salud, en una institución hospitalaria?*

1.3. Justificación Teórica

La investigadora asume que existen factores que inciden en el desempeño de los trabajadores de salud y que inciden también sobre los objetivos del Sistema de Salud, los cuales son poco investigados. Tal es el caso de la calidad del empleo y condiciones de trabajo, cuyos efectos articulados a otros determinantes concretan tanto la salud de los sujetos que operan en el Sistema, como los recursos de que disponen para ejercer el pleno de sus capacidades, por lo que es de especial relevancia dar atención no sólo a indicadores tradicionales de la realidad sanitaria de los trabajadores (accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales, bajas temporales por enfermedad o secuela de accidentes, incapacidades temporales y permanentes en el trabajo); si no a los diferentes riesgos que hoy están en emergencia en el campo sanitario. (NESCON, 2008).

Interesa conocer y entender qué nuevos peligros o factores de riesgo se vienen agregando a los ya tradicionales del trabajo en salud, que sin duda alguna, inciden en las condiciones y ambientes de trabajo. Más aún, dada la especificidad del trabajo en salud, relacionada con la interacción con seres humanos a los que se brinda servicios de salud individuales o colectivos, en los que además de las dificultades extrínsecas a la actividad laboral (volumen de procedimientos, medios disponibles, riesgos, etc.), los trabajadores se enfrentan con la incertidumbre originada de la relación con el usuario que es la esencia del trabajo en salud. Así el estudio contribuye a generar información y conocimiento que permita abordar la gestión del trabajo en salud, con la perspectiva de trabajo decente, impostergable, de manera tal que constituya una fuente importante y eje trascendente de posibilidades certeras de intervención política para mejorar finalmente, la calidad de vida de la población.

Se considera que este trabajo es de relevancia social porque contribuye con el análisis y la reflexión de los actores sociales del campo de la salud, sobre la

repercusión que tiene la calidad del empleo en salud, así mismo porque permite identificar y analizar los factores estructurales y coyunturales históricamente contruidos que conlleva este problema. Es de relevancia científica en tanto hay pocos registros e investigaciones en Lima y el Perú, acerca del tema.

Finalmente, la autora considera que esta investigación permitirá realizar otras investigaciones sobre la Gestión del Trabajo en Salud, en diferentes instituciones del Sector Salud, que den sustento tanto a decisiones estratégicas en el campo sanitario como para su incorporación como uno de los principales puntos de la agenda política de salud.

1.4. Justificación Práctica

La investigación perfila su utilidad en tanto toma particular atención a una institución hospitalaria del Ministerio de Salud, que siendo una de las instituciones de mayor capacidad resolutive del Sistema de Salud (tercer nivel de atención); en las últimas décadas y como consecuencia de las restricciones fiscales para poder hacer frente a la creciente demanda de sus servicios hospitalarios ha tenido que recurrir a la captación de ingresos directamente recaudados (cobro de diferentes tarifarios), con lo cuales entre otros viene contratando personal, en un marco de desregulación laboral utilizado en el sector público, que sin duda alguna incide en la calidad del empleo.

Su relevancia empírica a partir de los hallazgos, está dada por su contribución para entender como se viene configurando la calidad del empleo en una institución hospitalaria por los efectos de los cambios en las políticas sociales (entre ellas las de Salud) y específicamente de Recursos Humanos en Salud, sus consecuentes modificaciones de la estructura, composición de la fuerza laboral, de la organización del trabajo y de las relaciones laborales. Más necesaria aún si se toma en cuenta que el incremento de exigencia de las capacidades humanas en el proceso de trabajo en salud está influido por factores psicosociales generados en las paradojas de los

métodos de gestión de personal y de control de la productividad y de metas de calidad de servicios.

Se considera que su trascendencia radica en que el abordaje de la calidad del empleo del personal de salud aún no tiene prioridad en la agenda de gestión de recursos Humanos en Salud a pesar que el trabajo en salud, siendo actividad humana individual y colectiva en la que por una serie de contribuciones en el desempeño del trabajador (esfuerzo, tiempo, aptitudes, habilidades, entre otras), espera a cambio compensaciones económicas, materiales, psicológicas y sociales, *que contribuyan a satisfacer sus necesidades, como seres humanos.*

Se considera también la propia condición de la investigadora como gestora de recursos humanos en salud de servicios públicos, que en el trabajo sostenido con diferentes actores sociales de niveles de gobierno nacional, regional y local, posibilitó un mayor contacto con la realidad de las condiciones de trabajo y de vida del personal de salud; lo que incide en el abordaje de esta temática.

1.5. Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Analizar los principales factores asociados a la calidad del empleo del personal de salud en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé HONADOMANI.

1.5.2 Objetivos específicos:

- Identificar la percepción de los directivos y del personal de salud sobre los factores que inciden en la calidad del empleo.
- Identificar la percepción que tienen los trabajadores sobre sus problemas de salud y seguridad.
- Identificar la información que tiene el personal de salud sobre los riesgos a los que están expuestos.
- Identificar la existencia de planes específicos del Hospital Nacional Docente Madre Niño HONADOMANI para proteger a los trabajadores de salud frente a la exposición a riesgos.

CAPITULO 2: MARCO TEORICO

2.1 Marco epistemológico de la Investigación

2.1.1 El contexto de Referencia

La Región de Latinoamérica se encuentra atravesando un momento de inflexión después de los impactos de las reformas en la década de los 90, pues si bien hay mayor estabilidad macroeconómica en la mayoría de nuestros países, el patrón de distribución y la crisis social que se genera ponen en riesgo nuestros sistemas democráticos. Así, la mayoría de los países de América Latina están transitando procesos de cambio luego de un período de más de dos décadas en el que emergió un paradigma de crecimiento basado en el libre funcionamiento de los mercados. La realidad que enfrentamos ha dado lugar a un debate que aspira a la definición de un nuevo modelo que supere los obstáculos generados por la desregulación, apertura y ajuste estructural que sucedieron al denominado Estado de Bienestar.

Como en los años 50 y 80, el nacimiento del siglo XXI encuentra a muchos de los países latinoamericanos tratando nuevamente de encontrar un sendero de desarrollo sostenible que combine crecimiento con equidad. El modelo de los 90's concibió el desarrollo sólo desde la economía, enfatizando un absoluto predominio del mercado y de la noción de eficiencia por sobre la de equidad. El enfoque dominante fue que el crecimiento económico garantizaría por sí solo un "chorreo" hacia lo social, por lo cual el progreso en la esfera social sería el resultado casi automático del mismo.

El panorama laboral de América Latina y el Caribe muestra los efectos de una crisis internacional sin precedentes en la economía mundial y se refleja sobre el empleo en la región. En la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, celebrada en junio del 2009 se concluye que *“La crisis económica mundial y sus consecuencias han puesto al mundo ante una perspectiva prolongada de aumento del desempleo y agudización de la pobreza y la desigualdad. Por regla general, en otros casos, la recuperación del empleo sólo se ha alcanzado varios años después de la recuperación económica. En algunos países, la simple recuperación de los niveles de empleo anteriores a la crisis no bastará para contribuir efectivamente a construir unas economías fuertes, ni para hacer realidad el trabajo decente para las mujeres y los hombres”*

No cabe duda que la crisis del proyecto neoliberal en Latinoamérica y el Caribe, generó un conjunto de demandas sociales y produjo una nueva etapa política que ha dado lugar a revisión tanto de los modelos y las políticas de la pasada década, como de la noción misma del Estado y su rol en materia económica, *de política laboral y social*. Hoy, las dimensiones sociales (trabajo, salud, educación) variables consideradas anteriormente como un elemento de ajuste “automático” que debían acompañar las transformaciones macro económicas, están retomando un rol central.

El mundo contemporáneo asiste no sólo a un nuevo orden económico mundial que conocemos bajo el término “globalización”, sino también a una revolución tecnológica y a una crisis de los paradigmas para interpretar la realidad. En el ámbito laboral hoy tenemos un tipo de empresa muy diferente a la paradigmática fábrica del siglo XX; un tipo de trabajador muy diferente al obrero, empleado o profesional que iniciaba su carrera laboral pensando en la estabilidad y la movilidad ascendente, y leyes laborales que están siendo desbordadas por la inestabilidad, la flexibilización de la organización y del empleo, por la cultura y la ideología de empleadores y trabajadores. En este desbordamiento de la normativa laboral hay cada vez más trabajadores, hombres y mujeres, calificados y no calificados y aun profesionales y técnicos que caen en la desprotección social, porque “no entran” en la normativa

laboral, pero tampoco son capaces de insertarse individualmente en los mecanismos de mercado que les son adjudicados como vías de inserción individual.

Espinoza Malva(2003), señala que en América Latina este proceso de desestructuración se produce sobre institucionalidades secularmente débiles: sociedades que nunca llegaron a ser plenamente industriales y Estados que nunca llegaron a ser de Bienestar, pero que en ciertos momentos y ciclos históricos aspiraron a un modelo de desarrollo económico, social y político más integrador que excluyente, más democrático que autoritario.

El enigma del siglo XXI es saber si el desarrollo económico, la democracia y la equidad son compatibles o si, por el contrario, los supuestos mandatos de la competitividad económica van a acentuar las tendencias negativas sobre los trabajadores, generando un núcleo reducido de personas plenas y felizmente integradas al mundo globalizado y grandes mayorías desposeídas, inseguras e infelices que sostienen sobre sus hombros los índices de crecimiento económico.

Brito Pedro (2004), precisa que las tendencias de cambio y los efectos sobre los trabajadores no son ineludibles como se plantea desde la óptica neoliberal que ha permeado la lógica económica y la perspectiva empresarial. Los países pueden crecer, las economías pueden ser competitivas y las condiciones de empleo, ingresos, salarios, oportunidades y condiciones de vida pueden ser más equitativas. Ello depende en gran medida del papel que los Estados estén dispuestos a jugar y de las capacidades de la sociedad civil de gestionar y negociar no sólo sus demandas sino, también, su lugar en la sociedad.

Martha Novick (1996) señala que las políticas económicas de ajuste implementadas en la dos décadas anteriores: fiscal, monetaria, comercial, productiva y las del empleo que dieron lugar al crecimiento económico, evidenciaron que el empleo es una importante variable de ajuste. Así, los cambios de política social, incluyeron entre otros: descentralización, desregulación y privatización y para el caso de los Recursos Humanos, transformación de las modalidades de contratación, de los

sistemas de remuneraciones, entre otros.

La crisis financiera se ha convertido en un factor de preocupación para la salud y la seguridad de los trabajadores en el mundo. Por un lado, los trabajadores tienen que afrontar el miedo y el estrés de perder sus empleos. Por otro, disminuyen los recursos asignados a la salud y seguridad. Todas las tendencias que se aprecian en la situación actual de cambios que afectan al mundo y a la fuerza de trabajo, son que continúen y se vean agravadas por la crisis. Particularmente la calidad del empleo, la seguridad y salud en el trabajo que siendo una parte esencial de las relaciones laborales, se ven afectadas por las mismas fuerzas impulsoras del cambio que subsisten en el contexto socioeconómico nacional y mundial (ver Grafico N°1).

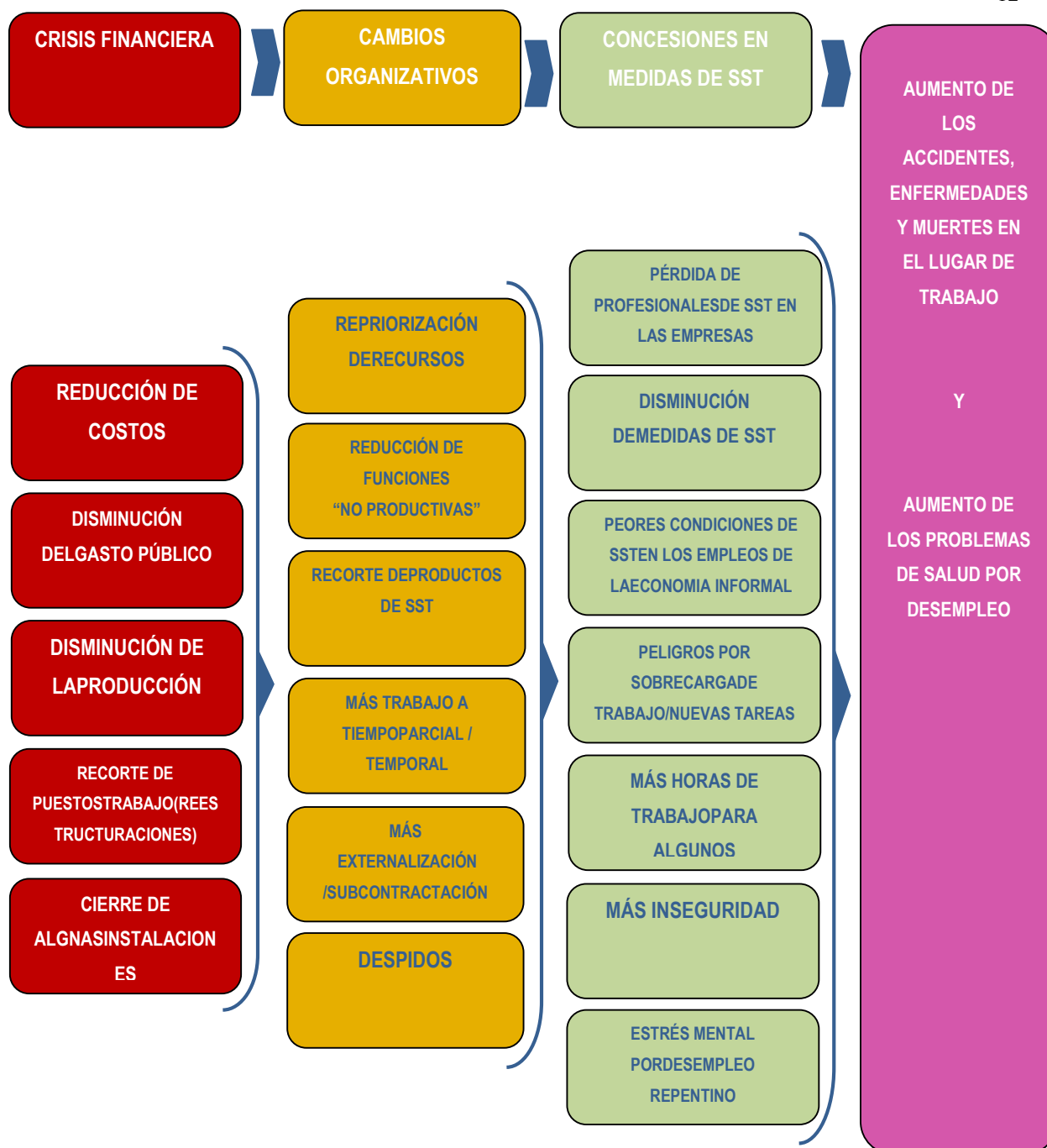


Grafico N° 1: LA CRISIS FINANCIERA Y SUS POSIBLES EFECTOS EN LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fuente. Organización Internacional del Trabajo (2009).

Las restricciones y orientaciones del gasto público comprometen la capacidad del gobierno de desarrollar servicios relacionados con la calidad del empleo, seguridad y salud en el trabajo. Los cambios organizativos que conllevan la reestructuración, la externalización, el aumento del trabajo a tiempo parcial y la subcontratación, dificultan la gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Las condiciones de trabajo

precarias se suman al riesgo de accidentes y a los problemas de salud de la fuerza de trabajo en salud. OIT precisa que la crisis no debería ser una excusa para disminuir la calidad del empleo, las condiciones decentes de trabajo, de seguridad y salud en el trabajo, sino una oportunidad para promoverlas. Las inversiones en la salud física y mental del personal son inversiones rentables. Preservar la protección social de quienes trabajan turnos u horas extras para compensar la disminución de la mano de obra y el aumento de la carga de trabajo, es un desafío ético (OIT, 2009).

El Informe sobre el Panorama Laboral 2009 precisa que a diferencia de lo que ocurría antes, cuando se recurría inmediatamente al ajuste, en la crisis financiera actual se ha optado por políticas contra cíclicas de expansión del gasto fiscal y de programas sociales, aplicando un enfoque que apuesta a la necesidad de estimular el crecimiento, la inversión, el empleo y el consumo de la población, que permite atenuar el impacto de la crisis mundial sobre el mercado laboral en la Región Americana; aunque son muy discutibles los logros sobre calidad del empleo como derecho humano (OIT, 2009).

“...esta es la crisis de un modelo de globalización
que sobrevaloró la capacidad de los mercados para autorregularse,
que subvaloró el rol del Estado y las políticas públicas
y devaluó la dignidad del trabajo, la protección del medio ambiente
y los servicios públicos”

Juan Somavía(2009)

La crisis financiera nos enfrenta a la necesidad de doblar el rumbo de las políticas económicas, colocando la generación de empleo de calidad como un objetivo fundamental, pues esa es la manera más efectiva de influir en la calidad de vida de las personas. En este sentido, el Pacto Mundial para el Empleo², da una respuesta perentoria e integral para que los países aborden los efectos de la recesión, el mismo que constituye marco de la presente investigación.

² OIT; “Pacto Mundial para el Empleo ”-adoptado por delegados de gobiernos, empleadores y trabajadores-, permitió contar con una respuesta urgente e integral para abordar los efectos de la recesión y para concretar la recuperación después de la crisis; Junio 2009

2.1.2 El Desarrollo Humano, los Recursos Humanos en Salud (RHUS) y la Gestión de Recursos Humanos en Salud

El concepto de desarrollo humano propuesto por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD(2002) pone de relieve que no basta tratar la esfera económica para alcanzar el desarrollo, precisamente Amartya Sen, Premio Nobel de Economía 1998, puso en la agenda política la importancia de potenciar las capacidades humanas de la gente, como el fin del desarrollo. Esta perspectiva teórica en el paradigma de desarrollo humano está íntimamente compenetrado con el concepto de seguridad humana, es decir protección a las personas, no solamente en su soberanía o integridad física, sino en la acepción amplia de preservación de derechos, valores y culturas. Implica un proceso mediante el cual se busca la ampliación de las oportunidades para las personas, aumentando sus derechos y capacidades.

En esta perspectiva Granda (1998) señala que todos los recursos materiales y financieros no adquirirían valor si no fueran gestionados y organizados por los recursos humanos. Solo las personas realizan acciones que construyen la sociedad y la orientan hacia un derrotero definido; en esta medida, el carácter deliberante del recurso humano, le permite proyectar su acción en una dirección determinada. En otras palabras, la capacidad del recurso humano de “decidirse por”, es una característica que lo diferencia de cualquier otro, lo que constituye la identidad del sujeto: creatividad, libertad y responsabilidad.

Para Rovere (1993) las personas no son recursos, tienen recursos (conocimientos, capacidad, experiencia). Esta afirmación es la que fundamenta la idea de que quien maneja recursos humanos hoy en día en realidad administra talentos, competencias y valores; otra forma de decirlo es que no son las instituciones las que tienen personas, sino las personas las que hacen las instituciones. De allí la importancia de profundizar y desarrollar el gobierno de las personas.

Esta investigación asume un cambio epistemológico de los Recursos Humanos en Salud (tradicionalmente denominados, Personal de Salud, Fuerza de Trabajo, Trabajadores de la Salud); por el de Capital Humano, Capital intelectual, Talento Humano, Potencial Humano; reconociéndolos como sujetos técnica y socialmente determinados para la producción de servicios del cuidado de la salud de la población, además ejercen una función social sobre la base de conocimientos y tecnología, a través de una práctica social concreta.

El punto de partida conceptual es que los recursos humanos en salud no son recursos: son sujetos históricos, inmersos en los procesos sociales, que comprometen tanto la dimensión técnica como las relaciones sociales, económicas, políticas y culturales de su entorno, ejerciendo alta función social (son esenciales) en la atención integral de salud del individuo, familia y comunidad, (Brito, 1996). Los trabajadores de salud son las personas que están directamente involucradas en acciones con los usuarios del sistema de salud, independiente del tipo de contrato o vínculo laboral, tanto en el sector público como en el sector privado. Incluye a los que se desempeñan en la gestión, en la asistencia directa al ciudadano enfermo, en los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, en la gerencia, en la producción de tecnología o en la atención de programas de prevención y promoción de la salud.

Este cambio epistemológico nos lleva a reconocer que los trabajadores de salud son personas que atienden personas, sustentan el sistema de salud y sus servicios, y que de la intensidad y calidad de sus acciones se generan resultados sanitarios y beneficios a la población, por ello, constituyen parte fundamental de la dimensión humana de la atención de la salud (Brito, 1996). Es decir, reconocer que en cualquier sistema de servicios de salud, el personal de salud, por su condición de ser humano, es el que, en última instancia, define los servicios que serán producidos, cuándo, dónde y en qué cantidad serán consumidos; y en consecuencia cuál es el impacto que tendrán dichos servicios sobre la condición de salud de las personas.

2.1.3 La Salud y Seguridad de los Trabajadores de Salud: un derecho Humano.

El concepto de derechos humanos precede en el tiempo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU); sin embargo, fue necesaria su fundación para que la idea obtuviera reconocimiento formal y universalmente. Así la Asamblea General de la ONU aprobó la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” el 10 de diciembre de 1948. Declaración que se fundamenta en el principio básico de que *los derechos humanos emanan de la dignidad inherente a cada persona*. Esta dignidad y el derecho a la libertad y la igualdad que de ella se derivan son innegables.

La Declaración, que expresa de forma clara los derechos individuales y las libertades de todos, carece de precedentes. Constituye el pilar de la legislación del siglo XX y el Siglo XXI, sobre derechos humanos y el punto de referencia para el movimiento a favor de los derechos humanos universales.

Esta investigación, también incorpora el enfoque del trabajo como derecho humano, expresado en Declaración Universal de los Derechos Humanos: *“Todo individuo tiene derecho a la vida, al trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar* (ONU, 1948).

Si bien la Declaración no tiene el carácter políticamente obligatorio de un tratado, goza de una aceptación universal. Muchos países citan la Declaración o incluyen disposiciones de ésta en su legislación fundamental o en sus constituciones. Numerosos pactos, tratados y convenciones alcanzados después de 1948 la han tomado como punto de partida. Los acuerdos legalmente vinculantes más amplios que se han obtenido bajo los auspicios de la ONU son el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ambos textos aprobados en 1966 entraron en vigor en 1976.

Cabe destacar que los principios de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial del Trabajo (OIT), precisan que *“todo ciudadano del mundo tiene derecho a un trabajo saludable y seguro y a un entorno laboral que le permita vivir una vida socialmente gratificante y económicamente productiva”* (OMS, 1994).

La perspectiva filosófica y conceptual sobre la protección de la vida y salud de los trabajadores, plasmada como un objetivo fundamental en la Constitución de la OIT hace 91 años, tiene especial vigencia actualmente en que la rapidez del cambio tecnológico y la velocidad de la economía globalizada plantean nuevos desafíos y presiones en todas las áreas del mundo del trabajo, particularmente, en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo, que es además un elemento integral del Programa de Trabajo Decente de la OIT. La protección del trabajador contra las enfermedades, sean o no profesionales, y contra los accidentes del trabajo, no es únicamente un derecho laboral sino un derecho humano fundamental.

*“La seguridad y salud en el trabajo es un derecho humano fundamental.
El mensaje es fuerte y claro: aún en un mundo cambiante,
no toleraremos ningún tipo de compromiso
en torno al derecho al trabajo seguro y saludable”.*

SafeWork, OIT - 2009 ³

La promoción de altos niveles de seguridad y salud en el trabajo es responsabilidad de la sociedad en su conjunto y todos los miembros de la sociedad deben contribuir a alcanzar este objetivo, garantizando que los planes nacionales concedan prioridad a la seguridad y salud en el trabajo, así como al establecimiento y fomento de una

³ La unidad principal de la OIT en temas de SST es el Programa de Salud y Seguridad en el Trabajo y Medio Ambiente SafeWork), el cual desempeña un importante rol en la concientización sobre el tema e intercambio de buenas prácticas.

SafeWork tiene cuatro objetivos principales: desarrollar políticas de prevención y programas para proteger a los trabajadores en profesiones y sectores peligrosos; extender la protección a los grupos de trabajadores vulnerables que quedan fuera del alcance de las medidas de protección tradicionales; mejorar las capacidades de gobiernos y organizaciones de empleadores y trabajadores para enfrentar los problemas del bienestar de los trabajadores, atención de la salud en el trabajo y la calidad de la vida laboral; y documentar el impacto social y económico de mejorar la protección de los trabajadores, de manera que pueda ser reconocido por los dirigentes y autoridades ejecutivas.

cultura nacional de prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo (Declaración de Seúl sobre Seguridad y Salud en el Trabajo , Junio 2008).

OIT (Declaración de Seúl sobre Seguridad y Salud en el Trabajo , Junio 2008) plantea que una cultura nacional de prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo es aquella en la que el derecho a un medio ambiente de trabajo seguro y saludable se respeta en todos los niveles, en la que el gobierno, los empleadores y los trabajadores participan activamente en iniciativas destinadas a garantizar un medio ambiente de trabajo seguro y saludable mediante un sistema de derechos, responsabilidades y deberes bien definidos, y en la que se concede la máxima prioridad al principio de prevención. Ello implica asumir el tema como parte fundamental de las políticas nacionales.

2.1.4 Pactos y normas internacionales y nacionales sobre el derecho humano a condiciones de trabajo satisfactorias.

Esta investigación asume los planteamientos del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, Marzo 1976) que reconoce el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que le aseguren, en especial, la seguridad y la higiene en el trabajo, el derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales, de otra índole, y la lucha contra ellas; asimismo a la creación de condiciones que les aseguren asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Asimismo, el marco de normas internacionales establecidas en el seno de la OIT, en forma de convenios y recomendaciones, en las cuales alrededor de 80 de estos instrumentos abordan la seguridad y salud en el trabajo. Entre ellos:

- Convenio N° 155 OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981: *“Deberá exigirse a los empleadores que, en la medida en que sea razonable y factible, garanticen que los lugares de trabajo, la maquinaria, el equipo y las operaciones y procesos que estén bajo su control son seguros y no entrañan riesgo alguno para la seguridad y la salud de los trabajadores”*
- OIT- Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo (OIT, 2002), establecidas con arreglo a principios acordados a nivel internacional y definidos por los tres mandantes de OIT, enfoque tripartito que proporciona fortaleza, flexibilidad y bases adecuadas para el desarrollo de una cultura sostenible de la seguridad en a organización.
- Convenio OIT N° 187, sobre marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006: “Todo Miembro deberá promover e impulsar, en todos los niveles pertinentes, el derecho de los trabajadores a un medio ambiente de trabajo seguro y saludable”.
- Comité Mixto de Salud en el Trabajo OIT /OMS, 1995: “Promover y mantener el mayor grado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; y en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad”.
- Declaración de Seúl, sobre Seguridad y Salud en el Trabajo (OIT - AISS - KOSHA, Junio 2008): “Recordando que el derecho a un medio ambiente de trabajo seguro y saludable debe ser reconocido como un derecho humano fundamental y que la globalización debe ir acompañada

de medidas preventivas para garantizar la seguridad y salud de todos en el trabajo”.

- Declaración sobre la justicia social para una globalización equitativa (OIT, 10 de junio de 2008), tomada en el contexto de los cambios acelerados, los compromisos y esfuerzos de los países miembros; para situar el empleo pleno y el Programa de Trabajo Decente como elemento central de las políticas económicas y sociales, incidiendo en adoptar y ampliar medidas de protección social y seguridad social, sostenibles y adaptadas a las circunstancias nacionales (alcance y cobertura) en respuesta a las nuevas necesidades e incertidumbres generadas por la rapidez de los cambios tecnológicos, sociales, demográficos y económicos.

*“Más allá de las cuestiones económicas, tenemos una obligación moral:
los costos humanos son absolutamente inaceptables.”*

*Sameera Al-Tuwaijri,
Directora del Programa Safe Work de OIT 2009*

De la misma manera, asume lo señalado por la autoridad sanitaria en Salud Ambiental: la Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio de Salud, (MINSA - DIGESA, 2008) que precisa la vulnerabilidad de los trabajadores de salud a los accidentes y enfermedades en el trabajo cuando se ven obligados a trabajar en condiciones de escasez de personal y precariedad laboral. Asimismo, que señala el rápido incremento de la brecha entre el riesgo que traen consigo los avances tecnológicos en el sector salud y la falta de procedimientos para garantizar la salud ocupacional y ambiental. Ello, a pesar la existencia en el ámbito nacional de amplio marco normativo de diferente nivel y tipo (Cuadro N° 1), así como la normativa internacional mencionada.

Cuadro N° 1: Marco legal sobre la Salud y Seguridad de los Trabajadores de Salud

Nacional

- Constitución Política de 1993, Art. 7°, Art. 9°, Art. 23
- Ley N° 28611 - Ley General del Ambiente.
- Ley del Ministerio de Salud N° 27657 (Enero 2002) competencias de rectoría sectorial del Ministerio.
- Ley General de Inspección del trabajo y Defensa del Trabajador. Decreto Legislativo N° 910 (16/03/01)
Ley N° 27813 del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y su Reglamento.– Sub-Comité Nacional de Salud Ocupacional (13.08.03)
- Ley General de Salud N° 26842, Cap. VII, art. 100 al 102, sobre Higiene en los centros laborales.
- Decreto Supremo N° 009-2005-TR., que aprueba el Reglamento sobre Seguridad y Salud en el Trabajo.
- DS N° 007-2007-TR, modifica artículos, 17, 31, 58, 77, y 79 del Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- DS N° 015-2005-SA, prueba los Valores Límites Permisibles para Agentes Químicos en el Ambiente de Trabajo.
Decreto Supremo N° 003-98-SA Normas Técnicas del seguro Complementario del Trabajo de Riesgo.
- Decreto Supremo N° 005-90-SA del 27-10-90 Reglamento General de Hospitales de Sector Salud.
- Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud D.S. N° 013-20
- Reglamento de Seguridad Industrial D.S. N° 42 F (22/05/64)
- Reglamento de Comités de Seguridad/Higiene Industrial RD N° 1472-72-IC-DGI del 28/08/72. Publicado 13/09/72
- R.M.510-2005/MINSA. Manual de Salud Ocupacional.
- R.M N° 148-2007-TR Reglamento de constitución y funcionamiento del comité y designación de funciones del supervisor de seguridad y salud en el trabajo.
- R.M. N° 290-2005-VIVIENDA Reglamento Nacional de Edificaciones
- R.M. N° 511 - 2004/MINSA aprueban la “Ficha Única de Avisos de accidentes de Trabajo” y su Instructivo anexo del 14 de Mayo 2004.
- ROF 023-2005-SA Reglamento de Organización y funciones del MINSA. Art. 52
- Código Penal, Art. 168°, inciso 3.
- RM 554-2007- MINSA, 04/07/2007, Conformación Comités de Seguridad y Salud del Trabajo e implementación Reglamento de Seguridad y Salud del Trabajo
- R.M. N° 480-2008/MINSA, 14/07/2008. Aprueba Norma Técnica de Seguridad N° 068.MINSA/DGSP-V1 Establece el listado de enfermedades profesionales.

Legislación internacional

- Pactos y Convenios sobre Salud y Seguridad en el Trabajo OIT- 1981 a la fecha.
- Decisión 584 "Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo" del 2004
- Convenio sobre el Cáncer Profesional – Convenio OIT N° 139, ratificado en el Perú mediante Ley 21601.

Fuente. MINSA. Dirección General Salud Ambiental. Dirección Salud Ocupacional. “Propuesta Técnica: Plan Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud Ocupacional En Hospitales del MINSA” Lima – Perú. Enero 2008.
Elaboración propia

2.1.5 Campo de los recursos humanos en salud

En el marco de las necesidades y demandas que la población efectúa a los servicios de salud, se define un campo que está conformado por las relaciones siempre conflictivas entre los requerimientos o demandas de personal –en tipo, cantidad y calidad- que necesita el trabajo en los servicios de salud; y la oferta educativa de las Universidades y Escuelas que definen, por lo general, en forma autónoma las características de sus egresados⁴.

Los procesos de adaptación reciproca entre estos dos grupos de agentes sociales están mediados por la estructura y dinámica que tienen los mercados laborales, tanto sobre la formación como sobre la utilización de los recursos humanos. En la mediación actúan las profesiones. Los procesos de profesionalización son procesos sociales contruidos sobre campos de saber e influencia defendidos por los grupos profesionales, que imponen reglas de comportamiento a sus miembros y obtienen regímenes especiales de tratamiento de sus asuntos en el conjunto de la sociedad. El papel de los sindicatos ligados más a los intereses económicos del personal y las asociaciones profesionales asumen roles de "sujetos colectivos" en los difíciles equilibrios de este campo de fuerzas.

La acción de los mercados laborales y la influencia de la intencionalidad de los actores mencionados, hacen necesaria la planificación y regulación expresa del Estado tanto en la formación del personal de salud, en el proceso de trabajo, en los mercados laborales y en los procesos de profesionalización, para corregir los desequilibrios que se van produciendo. Por ello es indudable que la gestión de los recursos humanos en salud es una función crítica para lograr nuevos equilibrios y resultados que respondan a las demandas de salud de la población.

⁴ OPS-OMS. Atención Primaria de Salud y Desarrollo de Recursos Humanos. Madrid-España. 26-y 27 de Octubre 2003

La investigadora considera que las decisiones que el Estado y sus distintos actores han tomado a lo largo de la historia en estos ámbitos, han determinado las condiciones actuales de empleo y desempleo, la legislación del trabajo, las competencias y las oportunidades de desarrollo profesional y humano del personal. En suma, las condiciones en que se desenvuelve la vida de los trabajadores de salud en la realidad nacional, así como a nivel regional y local.

Igualmente, que el trabajo en salud conlleva una relación directa entre el recurso humano y la población. En esta relación, el conocimiento científico técnico que posee el profesional o trabajador sanitario, debería permitirle actuar como intérprete de las necesidades que en salud plantea la población. Este carácter de “intérprete”, exige al recurso humano una adecuada preparación y condiciones de trabajo y seguridad que le permitan desempeñar esta compleja intermediación. Por ello ya no es posible pensar en procesos de cambio en salud, o en formas modernas de gerencia de servicios de salud, que no consideren la necesaria participación y acción de sus recursos humanos.

2.1.6. Marco legal sobre el trabajo en salud, en el Sector Público.

La Ley N° 23536⁵, que reguló el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud, dentro del marco del D.L. N° 11377, definió que la forma de ingreso a la carrera debía ser por concurso y establece nueve niveles de carrera, correspondiendo cinco por línea de carrera o grupo profesional de salud reconocido a esa fecha (médicos cirujanos, cirujanos dentistas, químico farmacéuticos, obstetrices, enfermeras, médicos veterinarios que laboran en salud pública), biólogos, psicólogos, nutricionistas, ingenieros sanitarios y asistentes sociales. Esta Ley Reglamentó los ascensos; además, precisó que las remuneraciones se regían por el Decreto Ley

⁵ Ley N° 23536. 24 de diciembre de 1982

22404 de 1978, esto es, para cada nivel se fijó el índice remunerativo con un mínimo de cuatro sueldos mínimos vitales. De esta forma, como este mínimo vital se renovaba hacia arriba cada cierto tiempo, y los aumentos se hicieron automáticos, los profesionales de salud tenían asegurados sus aumentos, hasta que el mínimo se estancó, años después. Consideró como trabajo asistencial a aquél que está relacionado con pacientes, de acuerdo al Código Sanitario. Estableció las normas sobre jornada y los horarios de trabajo (6 horas diarias, 36 semanales o 150 mensuales) y la obligatoriedad de realizar guardias hospitalarias de 12 horas continuas, considerándolas como remuneración complementaria. También estableció que los contratos para profesionales que realizaban el SERUMS y la Residencia Médica eran equivalentes a los niveles de inicio de cada línea de carrera. Su reglamento (Reglamento de la Ley N° 23536 sobre le Trabajo y la Carrera de los Profesionales de la Salud, 1983) fue meritocrático, con vallas altas y factores de calificación que no se limitaban al tiempo de servicio.

Arroyo y Echegaray (2009) precisan que el Decreto Legislativo 276 o Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, coexistió con la regulación de la carrera sanitaria determinada por Ley 11377 de 1950, y también, conservó como vigente la Ley 23536 de los Profesionales de la Salud de 1982, dando lugar a nueva superposición y desorden. Poco a poco el corporativismo, que es una forma de patrimonialismo, fue erosionando el modelo de carrera pública construido durante décadas, amoldándola a los intereses de cada grupo profesional.

Según Arroyo y Echegaray (2009), la normativa sobre el régimen público en el campo de la salud ha tenido un comportamiento igual al desarrollado en la regulación de la carrera administrativa de todo el sector público, distinguiéndose un desarrollo en cinco etapas:

- Primera etapa, antes del Decreto Ley 11377 de 1950, en la cual se generó una regulación laboral específica para salud, de carácter concreto, centrada en el campo de la gestión del trabajo en salud y sin articulación con la demás normativa del sector público.

- Segunda etapa, entre 1950 y 1981, en la cual se desarrolla una regulación dentro del marco del Decreto Legislativo N° 11377, dando énfasis a la formación del personal de salud.
- Tercera etapa, entre 1982 y 1990, caracterizada por el desarrollo de normas específicas de los profesionales de salud, primando los intereses corporativos, así mismo, de producción de normas sobre remuneraciones que modificaron el escalafón y sus niveles remunerativos determinado por las normas precedentes.
- Cuarta etapa, a partir de 1990, caracterizada por la masificación de la flexibilización y precarización laboral como el conjunto del Estado Peruano. Se utilizó masivamente dispositivos antiguos, casi en desuso, sobre servicios no personales, igualmente se dejó de aplicar el Decreto Legislativo 276 para nombramientos y contratos. Asimismo hubo restricciones para destakes y reasignaciones, se promovió ceses o renunciaciones voluntarias y se centralizó en los Ministros las designaciones de puestos de confianza, incluso del nivel subnacional por lo que el modelo clientelar se reinstaló como dominante a fines de los 90, si bien con fuertes elementos burocráticos y gerenciales
- Quinta etapa, a partir de los años 2000, en el marco de búsqueda de nuevos caminos para el empleo público en salud, que ha dado lugar al desarrollo de proceso de algunos nombramiento del personal contratado con la consiguiente mejora de sus condiciones remunerativas y beneficios, pero con persistencia de relaciones laborales con alta precariedad laboral, utilizando el Contrato de Administración de Servicios al Estado (denominados CAS)

Cuadro N°02: Normas de Salud según periodos de Regulación

Periodo de Regulación	Norma	Descripción
Normas expedidas antes del D.L. 11377 (1950)	Ley N° 8493 (21-01-1937)	Definió como carrera pública a la función técnica sanitaria desempeñada por los profesionales de medicina e ingeniería sanitaria y sus ramas.
	Ley N° 10173 (17-01-1945)	Amplió alcances de la Ley N° 8493 respecto al escalafón sanitario
	Ley N° 10267 (26-10-1945)	Dispuso que profesionales médicos cirujanos, odontólogos, obstetrices y químico farmacéuticos, quedaban comprendidos en el ámbito de la Ley 8435
Normas expedidas dentro de la vigencia del D.L. 11377	Ley N° 23536 Ley N° 23728 Ley N° 24050 D.S. N° 019-83-PCM D.S. N° 024-83-PCM D.S. N° 029-83-PCM	Ley de los profesionales de la salud, ampliaciones, modificaciones y reglamentos
Normas expedidas dentro de la vigencia del D. Leg. N° 276 (1984)	D. L. 559 / Junio 1990 D. S. N° 024-2001-SA	Ley de trabajo del Médico Cirujano. Reglamento
	Ley N° 27669 / Jn 2002 D. S. N° 004-2002-AS D.S. N° 006-2004-SA	Ley de trabajo de la Enfermera Reglamento Normas Complementarias
	Ley N° 27853 /Dic.2002 D. S. N° 008-2003-SA	Ley de trabajo de la Obstetriz Reglamento
	Ley N° 27878 / Dic. 2002 D. S. N° 016-2005-SA	Ley de trabajo del Cirujano Dentista Reglamento
	Ley N° 28456/ Dic. 2004 D.S. N° 008-2006-SA	Ley de trabajo del Tecnólogo Médico Reglamento
	Ley N° 28369 / Ot. 2004 D.S. N° 007-SA	Ley de trabajo del Psicólogo Reglamento
	Ley N° 28173 / Feb. 2004 D.S. N° 008-2006-SA	Ley de trabajo Químico Farmacéutico Reglamento

Fuente: Arroyo Juan y Echegaray Ciro. Carrera Sanitaria en el Perú. Fundamentos para su Desarrollo. Lima, Perú (2009).

Elaboración propia

Por ser de relevancia para el estudio la autora destaca que la Ley N° 28561 que regula el trabajo de técnicos y auxiliares asistenciales de salud⁶, y establece que su trabajo

⁶ Ley N° 28561. Regula el trabajo de los técnicos y auxiliares asistenciales de salud, en todo el sector público. Junio 2005

se rige por el DL N° 276 o Ley de Bases de la Carrera Administrativa y Remuneraciones del Sector público, y la Ley 28175 “Ley Marco del Empleo Público”. Asimismo, establece entre otros derechos: contar con ambientes de trabajo que reúna condiciones de bioseguridad; orientación legal en caso judiciales como consecuencia de la función; jornada laboral de 6 horas diarias (36 semanales o 150 horas mensuales), incluidas las guardias hospitalarias y los feriados festivos, jornadas laborales mayores, se consideran horas extraordinarias con derecho a remuneración adicional. No obstante esta Ley, aún no está reglamentada, a pesar que el plazo determinado para hacerlo fue de 60 días posterior a su publicación.

2.2 Antecedentes de la Investigación

2.2.1 Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2010-2014

En el año 2009, el Ministerio de Salud a través del Instituto Nacional de Salud INS, (autoridad sanitaria nacional de investigación en salud) promovió la identificación de las prioridades nacionales y regionales de investigación en salud basadas en el Plan Nacional Concertado de Salud. Así por Resolución Ministerial 220-2010/MINSA se oficializaron las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2010-2014, con una agenda de 7 grandes temas, teniendo en primer lugar el tema de los problemas de recursos humanos en salud (Cuadro N° 3).

**Cuadro N°3: Prioridades Nacionales de Investigación en Salud para el período
2010-2014 RM N° 220-2010/MINSA**

1. Investigación para conocer los problemas de Recursos Humanos.
2. Investigación para conocer la problemática de Salud Mental.
3. Evaluación de impacto de los programas sociales estatales y no estatales en la reducción de la desnutrición infantil.
4. Evaluación de impacto de estrategias e intervenciones actuales en mortalidad materna.
5. Investigaciones operativas en enfermedades transmisibles.
6. Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales en enfermedades transmisibles.
7. Evaluaciones de impacto de nuevas intervenciones actuales en enfermedades transmisibles.

Fuente. Resolución Ministerial N° 220.2001/MINSA
Elaboración propia

**2.2.2 Agenda nacional de temas de investigación para conocer los
problemas de los recursos humanos en salud 2011 – 2014**

En el marco de las prioridades de investigación en salud, el INS y la Dirección General Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos DGGDRH (Autoridad Sanitaria Nacional de Recursos Humanos en Salud), en Octubre 2010 desarrollaron un proceso participativo de definición de la agenda nacional de temas de investigación para conocer los problemas de los recursos humanos en salud 2011 – 2014, que fue aprobada por RM 212-2011/MINSA (Cuadro N° 4).

La mencionada agenda incluye 30 tópicos de investigación específicos y trazadores de escala nacional para generar conocimientos, evidencias y respuestas a importantes vacíos e interrogantes sobre la problemática de los RHUS, entre ellos se incorpora la temática de calidad del empleo en salud.

Cuadro N° 4. Agenda Nacional de Investigación para conocer los problemas del Campo de los Recursos Humanos en Salud 2011 – 2014

1.	Articulación de la formación en pregrado de los recursos humanos en salud con las necesidades de salud del país.
2.	Capacidades del docente y estudiante para el uso y aplicación de las tecnologías de información y comunicación en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación en pregrado de los recursos humanos en salud.
3.	Capacidades pedagógicas, metodología y estilos de aprendizaje durante la formación del estudiante de pregrado en escenarios comunitarios.
4.	Necesidades de las regiones en la formación de recursos humanos en salud en estudios de postgrado y especialización según niveles de atención.
5.	Impacto de las experiencias en la formación y logro de competencias de los recursos humanos en salud en especialización y postgrado.
6.	Evaluación de la formación e investigación en postgrado y segunda especialización en salud en respuesta a las necesidades y problemas sanitarios del país.
7.	Determinación de brechas de recursos humanos por niveles de atención para el aseguramiento universal en salud.
8.	Análisis de procesos en el marco de la implementación del plan esencial de aseguramiento en salud con énfasis en el estudio de tiempos y movimientos para la dotación de recursos humanos.
9.	Análisis y formulación de estrategias de financiamiento para la contratación de recursos humanos en el marco del aseguramiento universal en salud.
10.	Perfil de competencias asistenciales y gerenciales, para la atención primaria de salud con enfoque de interculturalidad del personal existente en el equipo básico de salud.
11.	<u>Motivación e incentivos para desarrollar la atención primaria de salud en el primer nivel de atención</u>

12. Impacto de los agentes comunitarios en salud y estrategias de integración en atención primaria de salud.
13. Desarrollo de capacidades en base a competencias que respondan a las necesidades y objetivos institucionales y sectoriales
14. Determinantes que influyen en el desempeño laboral.
15. Ética y valores personales en la gestión de recursos humanos en salud.
16. Evaluación de experiencias exitosas nacionales e internacionales para la retención de profesionales de salud.
17. Evaluación del impacto económico y sanitario de la migración interna y externa de profesionales de salud.
18. Dinámica y factores asociados a la movilización interna de los profesionales del sector salud.
19. Prevalencia e incidencia de la exposición, enfermedades y accidentes ocupacionales.
20. Estado de la implementación de las normas y organización de los servicios para la gestión de la salud y seguridad del trabajo.
21. Factores de riesgo ergonómicos y psicosociales.
22. Estudios en Incentivos laborales.
23. Estudios en ética y funcionariado.
24. Inequidad entre servidores y funcionarios de la salud.
25. Acceso a cargos públicos, impacto en el clima laboral y prestación de servicios de salud.
26. Comparación de la jerarquía organizacional en los establecimientos de salud en relación a cargos y puestos.
27. Marco legal en materia laboral.
28. Identificar las competencias gerenciales a nivel regional para la gestión de recursos humanos y la gestión sanitaria regional.
29. Identificar y analizar las políticas/normas nacionales de RHUS que deben actualizarse al nuevo contexto regional.
30. Determinar la situación de las unidades orgánicas o sus equivalentes de gestión de recursos humanos en las regiones.

Fuente. Resolución Ministerial 212-2011/ MINSA

Elaboración: propia (subrayados relacionados con calidad del empleo)

2.2.3 Investigación “Condiciones de trabajo, Salud y Seguridad de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú

Estudio desarrollado como parte del Proyecto Regional sobre Salud y Seguridad de los Trabajadores de la Salud (2009), financiado con fondos del Ministerio de Salud de Brasil y bajo la coordinación general de un equipo conformado por los Dres. Maritza Tennessee (OPS/SDE), Ada Ávila Universidad Federal de Minas Gerais-Núcleo de Educación en Salud Colectiva (UFMG/NESCON) y Carlos Rosales de la OPS-OMS.

El estudio de carácter exploratorio y cualitativo en materia de Salud de los trabajadores de la salud, entendida como el conjunto de dimensiones de empleo y de condiciones de trabajo que configuran la salud de esta fuerza laboral, se realizó a través de entrevistas, encuestas y observación cualitativa a los diferentes niveles de la fuerza de trabajo de dos servicios de salud de diferente nivel de complejidad, seleccionadas en cada uno de los cuatro países participantes inicialmente: Brasil, Argentina, Costa Rica y Perú. Cabe mencionar que la Organización Panamericana de la Salud, en el año 2010, decidió incorporar a Uruguay en el estudio mencionado.

Si bien a la fecha aún no ha sido publicado, esta investigación sin duda alguna constituye un importante referente y aporte para la gestión del trabajo en salud en el Perú.

2.2.4 El Observatorio de Recursos Humanos

Iniciativa inter – agencial de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Comisión Económica para América

Latina (CEPAL) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) concretada en 1999 en Santiago de Chile con el objetivo principal de apoyar el fortalecimiento de políticas de desarrollo de recursos humanos, siendo su estrategia principal generar conocimiento e información para mejorar la calidad y efectividad de los sistemas de salud. Esta iniciativa continental promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) está implementada actualmente en 22 países de América. En el caso del Perú, y en respuesta al compromiso asumido como país en el seno de la OPS, el Observatorio se crea como Red Nacional de Recursos Humanos, y se constituye en Perú en mayo de 1999, conformada por entidades formadoras, prestadoras de servicios de salud y colegios profesionales. Desde ese año a la fecha y bajo la conducción actual de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos – MINSA, el apoyo técnico de OPS y de Proyectos de Cooperación Internacional, el Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud (ONRHUS) se ha constituido como una instancia funcional del Ministerio de Salud y representativa para el debate y análisis de información sobre los RHUS. En su funcionamiento, ha desarrollado una estrategia interinstitucional, identificando temas críticos del campo de los RHUS, conduciendo diferentes estudios e investigaciones, lo cual ha permitido al país avanzar en la construcción de la data básica del campo de los RHUS (actualmente la integran más de 15 instituciones nacionales a través de delegaciones individuales o múltiples que participan de las diversas actividades programadas).

Cabe mencionar que en el año 2005, desarrollo una importante experiencia de definición de prioridades de investigación de RHUS (2005), para establecer una agenda de investigación sobre los Recursos Humanos del sector salud en el país (participaron gestores de unidades de investigación, de Recursos Humanos y Planificación del MINSA; ESSALUD; FFAA y PNP, Entidades Prestadora de Salud EPS, Asociaciones de Facultades y Colegios Profesionales de salud más representativas, Organización Panamericana de la Salud, y del Ex - Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos IDREH), prioridades de referencia para algunas de las investigaciones, desarrolladas a la fecha por el ONRHUS, pero que no abordan la problemática de la calidad del empleo en salud (cuadro N° 5)

Cuadro 5: Temas de Investigación Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud

Prioridad	Tema de Investigación
1	Situación laboral de los egresados y titulados de las profesiones de Salud.
2	Remuneración e incentivos por carrera y departamento en el MINSA y EsSALUD.
3	Situación y condicionantes de la Migración de Médicos y Enfermeras en el Perú.
4	Estado del Arte de las Políticas de salud y seguridad en el trabajo en los servicios de salud.
5	Necesidades de especialistas en el país para médicos, enfermeras, obstetras y odontólogos.
6	Análisis de Oferta y demanda de Campos Clínicos en pre grado, internado y residentado.
7	Tasas de deserción de estudiantes de Ciencias de la salud y condicionantes.
8	Caracterización de la precarización del empleo de los trabajadores de salud.
9	Nivel de satisfacción laboral de los trabajadores de Salud.
10	Situación de los egresados y Titulados del residentado medico. Cohorte de 10 años.
11	Mapa de la Conflictividad laboral.
12	Especialistas titulados y registrados - Condicionantes de la No Titulación - ¿Cuántos trabajan con Título y sin Título?
13	Factores asociados a la conflictividad laboral que ocasionan paralización de actividades / dinámica.
14	Caracterización de la permanencia de cargos directivos.

Fuente: Moscoso Rojas Betsy. Presentación. “El Observatorio Nacional de Recursos Humanos y la Investigación en Recursos Humanos”. Lima. Octubre 2010
Elaboración propia

2.2.5 Estudio “Calidad del empleo y calidad de la atención en salud en Córdoba, Argentina - Aportes para políticas laborales más equitativas.2004”

Desarrollado en el marco del proyecto “Políticas laborales con equidad de género” que ejecuta la Unidad Mujer y Desarrollo de la Comisión Económica para América

Latina (CEPAL) con apoyo de la Agencia de Cooperación Técnico Alemana (GTZ). El estudio analiza la estructura, características y distribución del empleo en el sector salud en la provincia de Córdoba, Argentina, diferenciando la jurisdicción provincial de la municipal, analizando las condiciones de empleo en el sector público y privado, y, de las obras sociales y en las organizaciones públicas no estatales. El interés del trabajo consiste principalmente en indagar, desde una perspectiva de género, el complejo entramado institucional y socio económico que caracteriza la provisión de servicios de salud a nivel local, diferenciando las condiciones de trabajo para mujeres y hombres en la jurisdicción provincial y municipal, en el sector público y privado, en las obras sociales y en las organizaciones públicas no estatales. El supuesto bajo el cual se desarrolló el análisis es que la calidad de la atención se encuentra condicionada por la calidad del empleo.

Entre los importantes hallazgos del estudio, se menciona que la vulnerabilidad en el empleo caracteriza el estado actual del sector salud en la ciudad de Córdoba. El estudio posibilita observar la transformación que en este sentido ha tenido el empleo en el sector público y que impacta, aún más fuertemente en el sector privado. El pluriempleo es una característica de todos los trabajadores/as del sector, inclusive, en el sector público no estatal. Existe una concentración del recurso humano en las ciudades más grandes de la provincia, mientras que en algunos lugares del interior provincial es posible constatar la carencia de profesionales. Las condiciones de trabajo en los hospitales y centros de salud se han deteriorado. Sin embargo, para los trabajadores/as la necesidad de conservar el empleo resulta más importante que la necesidad de mejorar dichas condiciones. Llama la atención la ausencia de medidas específicas para proteger la salud del personal, las dificultades para identificar los riesgos sanitarios a los que se ven sometidos y sobre todo, la ausencia de información sistematizada sobre este fenómeno. Destaca asimismo, el hallazgo de las patologías más frecuentes en los trabajadores: a) Enfermedades infecciosas 22%; b) Traumatología 16%; c) Quirúrgico 10.8%; d) Digestivo 10.2%; e) Respiratorias 8.6%; f) Emocionales 7.5%. Las mujeres solicitan más atención por trastornos emocionales y los varones por problemas cardiovasculares.

Desagregados por sexo, los trastornos emocionales son la primera causa en la Historia Clínica para las mujeres (un poco más que el triple de días que los varones), en segundo lugar los gineco – obstétricos y en tercer lugar la traumatología. Las enfermedades más comunes en los varones son la hipertensión arterial, accidente cerebro vascular, angina de pecho, insuficiencia cardíaca, lumbago, bronquitis y gastroenteritis. En las mujeres, las enfermedades más frecuentes son: artritis, amenaza de aborto, cervialgia, lumbago, síndrome depresivo, trastornos de ansiedad, hipertensión, colitis, gastroenteritis y tumor maligno de mamas.

2.3. Bases Teóricas

2.3.1 Doble dimensión conceptual de los Recursos Humanos en Salud

Como señala Brito (1996), el asumir que los Recursos Humanos en Salud, son personas que a través del desarrollo y la aplicación de saber y tecnología específica, tienen como misión, contribuir con su trabajo a resolver problemas de salud de la población, implica reconocer que su gestión tiene simultáneamente una doble dimensión conceptual: como factor estructural del quehacer en salud y como factor productivo.

- *Como factor estructural del quehacer en salud*, en tanto son sujetos pensantes y activos que conforman las prácticas, establecen las formas de relaciones, definen valores, organizan y desarrollan el proceso de trabajo en salud, es decir reconocerlo como *actor inteligente*, y *factor clave de los procesos de trabajo en los servicios de salud*.

Al desarrollar una perspectiva de gestión integral de RHUS Brito (2000) insiste en la necesidad de reconocer la indivisibilidad del trabajador de salud como ser humano (un todo integrado de conocimientos, sentimientos y prácticas). Ello determina que cualquier intervención dirigida a su gestión o desarrollo, no

importa cuán limitado sea su propósito, culmina con afectar integralmente al trabajador, en sus valores, en sus relaciones, en su desempeño.

- *Como factor Productivo*, en tanto se articula con los otros factores de producción para generar servicios de salud, constituyendo el factor de mayor concurrencia en este proceso, lo cual se evidencia en el peso presupuestal de los recursos humanos en los servicios de salud - generalmente alcanza promedios superiores al 70% de presupuesto global - toda vez que dichos servicios son talento intensivos; constituyendo así el factor de producción más dinámico, creativo e innovativo, pues es un “recurso” inteligente, que piensa, que decide, que apoya o deja de apoyar, que aprende, que cambia o puede cambiar (Rovere, 2006). Con un énfasis en lo económico, podemos afirmar que es la principal ventaja competitiva de las organizaciones de salud. Precisamente este carácter particular del factor humano en salud, su grado de responsabilidad en el desempeño sectorial e institucional, en la atención directa a la demanda de servicios de salud, donde el producto que se intercambia es el “bienestar”, sustenta la naturaleza de “*factor crítico*” tanto para el desempeño del sistema, como en la implementación de cualquier apuesta o cambio organizacional para la provisión de cuidados y servicios de salud a la población.

Según esta perspectiva teórica, la Gestión de Recursos Humanos en Salud, deviene en una *función de alto valor estratégico en la Gestión Sanitaria*. Por tanto se hace efectiva a través de las decisiones del equipo de dirección. Incluye la teoría, las decisiones e intervenciones sobre los procesos inherentes al desempeño del RHUS, en su contribución a la atención de la salud de la población, en una institución especializada (el servicio de salud) que es el lugar donde actúa técnicamente y hace efectivo su contrato de trabajo (Brito, 1996).

El asumir que siendo los servicios de salud, servicios de personas que atienden personas, hace imprescindible reconocer la significación de los Recursos Humanos, no solo como factor estructural sino también como el principal factor de cambio y transformación; de manera tal que, el arte y la ciencia de gobernar las personas y

dirigir el desarrollo de los recursos humanos en salud es una condición estratégica para la equidad, calidad y eficiencia del cuidado de la salud de la población.

El Informe sobre la Salud en el Mundo 2006 (Organización Mundial de la Salud, 2006), precisa un posicionamiento sobre la Gestión de Recursos Humanos en Salud, explicitando la siguiente argumentación:

- El Recurso Humano en Salud constituye en sí mismo la base de la producción de servicios de salud, a partir de su saber y de la utilización intencionada de la tecnología y los recursos para dicha provisión.
- El imperativo inequívoco es fortalecer a los Trabajadores de Salud para que los sistemas sanitarios alcancen los objetivos nacionales y mundiales en materia de salud.
- Es fundamental contar con una infraestructura humana sólida para colmar la brecha que hoy separa las promesas de las realidades en el ámbito de la salud para así enfrentar los desafíos sanitarios del Siglo XXI (OMS, 2006).

2.3.2 La calidad del empleo y el trabajo decente

La expresión "calidad" entraña en sí mismo un juicio de valor, pues se entiende por calidad al "conjunto de propiedades inherentes a una persona o cosa, que permiten apreciarla y valorarla en comparación con determinados estándares. La "calidad del empleo", adquiere una dimensión especial, por cuanto alude a las condiciones particulares o propiedades inherentes de un trabajo, o puesto laboral. La comparación de las condiciones particulares de un empleo específico permitirá determinar su calidad. Para fines del presente estudio nos interesa una aproximación sobre el concepto de calidad del empleo.

Rodgers y Reinecke (1998) reconocen que “se ha hecho relativamente poco análisis económico sistemático sobre la calidad del empleo” (p. 183). Muchos estudios

existentes sobre el tema se han limitado a tomar en cuenta sus dimensiones, sin alcanzar a explicar su esencia. Slaughter (1993) da una definición sintética y sugestiva: “un buen empleo es aquel por el cual tengamos ganas de ir a trabajar todas las mañanas”.

Van Bastelaer y Hussmann (2000) nos proporcionan una definición más completa “la calidad del empleo se refiere a un conjunto de características que determinan la capacidad del empleo de satisfacer ciertas necesidades comúnmente aceptadas” (p. 2). Infante y Vega – Centeno (1999) precisan que “la calidad del empleo estaría vinculada a aquellos factores que redundan en el bienestar de los trabajadores” (p. 12). Para Reinecke y Valenzuela (2000) “la calidad del empleo se puede definir como el conjunto de factores vinculados al trabajo que influyen en el bienestar económico, social, psíquico y de salud de los trabajadores” (p. 30). Sobre esta última definición Farné (2003) precisa que los factores vinculados al trabajo deben ser la expresión de características objetivas, dictadas por la institucionalidad laboral y por normas de aceptación económica, social y política

Otra de las perspectivas teóricas asumidas en esta Investigación es la relacionada con el concepto de *Trabajo Decente* propuesto por OIT (Somavía, 1999), que alude a las características que debe reunir una relación laboral que cumpla los estándares laborales internacionales, entre ellos: *que el trabajo se realice en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana*. Por debajo de esos estándares debe considerarse que se han violado los derechos humanos del trabajador afectado y que no existe trabajo libre, propiamente dicho. Es decir, que trabajo decente, de calidad, significa un trabajo sin riesgos en las condiciones de trabajo (OIT, 2010). Así, el Programa de Trabajo Decente de la OIT explicita que todos tienen el derecho a un ambiente de trabajo seguro y saludable, lo cual es especialmente válido en tiempos de crisis, como la que actualmente enfrentamos.

La calidad del empleo actúa sobre aspectos importantes para el desarrollo psicológico y socio – profesional del individuo, produciendo motivación para el trabajo, capacidad de adaptación a los cambios en el ambiente de trabajo, creatividad

y voluntad para innovar o compromiso con la misión de la organización. Si la calidad de vida en el trabajo es pobre da lugar a insatisfacción, errores de desempeño, y otros desajustes en el comportamientos laboral (indiferencia, rutina, ausentismo etc.). Por el contrario, una elevada calidad de vida en el trabajo conduce a un clima de confianza y de respeto mutuo, en el que el individuo puede activar su desarrollo psicológico y la propia organización puede reducir los mecanismos rígidos de control.

La revisión bibliográfica da cuenta de una amplia gama de variables para medir la calidad del empleo. Entre las más recurrentes están:

- El ingreso o remuneración por horas trabajadas para alcanzar un nivel de bienestar.
- Número de horas de trabajo que posibilitan la salud física y mental de los trabajadores y la calidad de vida personal y de sus familiares (Reinecke, G. y Valenzuela, M.E., 2000).
- Contrato de trabajo instrumento que regula y formaliza la relación entre trabajador y empleador. Da acceso a la protección social (protección contra el despido arbitrario, contra accidentes, en caso de desempleo y de maternidad; reafirma el derecho a un sueldo mínimo, al descanso semanal, a vacaciones, etc.) y atribuye al trabajo y a los ingresos un carácter de regularidad y estabilidad.
- Protección social afiliación a algún tipo de seguridad social que garantiza mejores circunstancias físicas, psíquicas y económicas para los trabajadores.

Farné (2003) toma de Rosenthal (1989, Diciembre) su propuesta de cinco grupos de variables:

- Tareas y condiciones de trabajo, que incluyen la peligrosidad, autonomía, repetitividad, el estrés, el esfuerzo y espacio físico.
- Satisfacción en el empleo, que, a su vez, depende de la posibilidad de poder palpar los resultados del propio trabajo, de poder utilizar en pleno las propias capacidades y de aprender unas nuevas. La creatividad, el reconocimiento de los logros alcanzados, la posibilidad de solucionar problemas, las oportunidades de ascenso y la habilidad de influenciar o asesorar a otros son características que también entran en este grupo.
- Período de trabajo. Durante el fin de semana y por turnos; horas extras; tiempo parcial; flexibilidad del horario.
- Estatus del trabajo, tanto social como en la empresa donde se trabaja.
- Seguridad en el empleo; afiliación a salud y pensiones y reconocimiento de vacaciones pagadas.

El Núcleo de Estudios de Salud Colectiva de la Universidad federal de Minas Gerais de Brasil (NESCON, 2008), en su argumentación del porque la salud de los trabajadores se configura como un campo de acción de las Naciones Unidas, precisa que las condiciones de trabajo se refieren a las circunstancias en las que el trabajo se realiza, y para efectos de distinción analítica se refieren a la exposición a riesgos físicos, químicos, mecánicos (que provocan accidentes y demandan esfuerzos músculo esqueléticos intensos) y biológicos. Se apuntan como agravantes de la exposición a los riesgos, los efectos de los factores relacionados con el sistema técnico – organizacional del trabajo, que da lugar a una sobredemanda de las capacidades humanas en el trabajo.

La ONU precisa una evidencia relevante considerada en esta investigación: las condiciones de trabajo se relacionan con las condiciones generales de vida y de salud de cerca de 220 millones de trabajadores en América Latina y en el Caribe. Se estima que para 2025, la población económicamente activa en esta Región será de 270 millones de personas (NESCON, 2008).

2.3.3 Determinantes de la calidad del empleo en salud, condiciones de Salud y Seguridad de los Trabajadores.

La OIT (2009) propone que el análisis de la salud de los trabajadores requiere identificar y reconocer con claridad cuáles son los determinantes sociales, laborales, económicos y de orden legal que repercuten profundamente en el individuo y en el mundo del trabajo, y que a su vez, determinan las condiciones de salud y seguridad en el ambiente de trabajo, así como, la misma salud de los trabajadores.

Esta investigación incorpora esa perspectiva, subrayando que el tema de los determinantes debe superar la mirada reducida de los riesgos y comprender la complejidad del proceso salud – enfermedad para intervenirlo de manera integral, modificando los factores determinantes estructurales. Así, desde esta mirada, las condiciones de trabajo son un factor determinante fundamental de la calidad del empleo y la salud de los trabajadores, pero no solamente por generar un conjunto de factores de riesgo en el ambiente de trabajo, sino porque son un factor estructural que define la inserción y la condición social del personal de salud y las formas de reproducción social.

Es indiscutible, por ejemplo, que con las nuevas políticas de globalización y la complejidad de los sistemas de salud, algunos problemas del trabajo en salud se han agudizado como es el caso de migración interna y externa particularmente de los profesionales de la salud; de la misma manera hay nuevas demandas en las competencias requeridas a los trabajadores, en el proceso de trabajo en salud que les permita tener un desempeño asertivo frente a la problemática sanitaria actual del país. A continuación se grafica la argumentación precedente (Grafico N° 2)

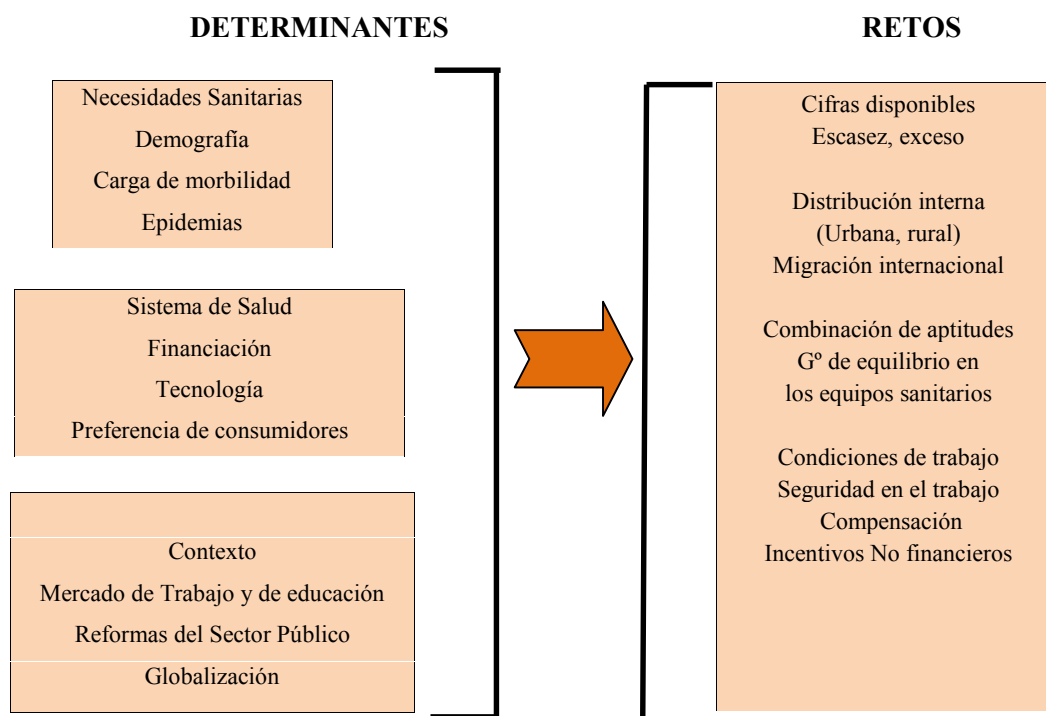


Gráfico N° 2: Determinantes de la Fuerza laboral

Fuente. Informe sobre la salud en el mundo 2006. OMS

Cabe mencionar que el primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud (OMS - Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, 2008), organizado por la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, ha pedido acciones inmediatas y sostenidas para resolver la crítica escasez mundial de personal sanitario, y ha enunciado las medidas esenciales que hay que adoptar en la próxima década para superar esta crisis.

"El personal sanitario es la piedra angular de los sistemas de salud"

Anarfi Asamoah-Baah

Director General Adjunto OMS 7

7 OMS. Anarfi Asamoah-Baah- Alocución en Primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud"; Uganda; Marzo 2008.

El Foro mencionado pide a todos los países dar máxima prioridad a la formación y contratación de personal sanitario nacional suficiente, *ofreciendo incentivos adecuados y mejores condiciones de trabajo para garantizar su retención*. Asimismo, pide a las instituciones financieras internacionales y regionales que reduzcan limitaciones, tales como los techos de contratación en la salud pública, y que la OMS acelere las negociaciones sobre un código de prácticas en materia de contratación internacional de personal sanitario.

*"Se trata de mucho más que de una cuestión sanitaria.
Se trata de una elección política; de la calidad de vida y la dignidad de las personas.
Por consiguiente, es incumbencia de todas las sociedades y de sus gobiernos
Proporcionar personal sanitario para toda la población".*

Omaswa Francis

Director Ejecutivo de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, albergada por la OMS⁸

En este escenario, *la seguridad y la salud en el trabajo*, se relievra como derecho humano y forman parte integrante del programa para un desarrollo centrado en las personas. Es una apuesta a la dignidad de la vida humana en el trabajo. El trabajo debe facilitar la vida, no quitarla.

Frente a los innegables cambios en las políticas económico - sociales, y sus consecuencias en las modificaciones de la estructura y composición de la fuerza laboral, la organización del trabajo y las relaciones laborales, que generan grandes inequidades laborales y nuevos peligros o factores de riesgo, que se agregan a los ya tradicionales, con un profundo impacto sobre las condiciones y ambientes de trabajo; hay que considerar, en la gestión laboral, los efectos que tiene el incremento de la exigencia de las capacidades humanas en el proceso de trabajo (conocidos como factores relacionados con la organización del trabajo).

⁸ Omaswa Francis, Director Ejecutivo de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, albergada por la OMS.

Asimismo, los factores psicosociales que surgen como consecuencia de las incongruencias entre los métodos de gestión de personal vs control de la productividad, y de las metas de calidad en los productos y servicios. Más aún si estas tendencias se traducen en bajas temporales por enfermedad o secuela de accidentes, incapacidades temporales y/o permanentes en el trabajo y enfermedades profesionales, incluso mortales; indicadores tradicionales de las condiciones reales del trabajo en salud, que siguen constituyendo serios problemas para la salud pública.

CAPITULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

El objetivo del presente estudio, analizar cómo es la calidad del empleo del personal de salud en una institución hospitalaria, en tanto fenómeno social, llevo a su diseño como investigación cualitativa, considerando que las repercusiones del contexto social y cultural afectan, no sólo a las personas y a las poblaciones, sino que, inevitablemente, inciden en el proceso de trabajo del personal de salud, condicionando su visión de la prestación del servicio en su opción ocupacional, de sus vínculos con el equipo sanitario, así como de su contribución en el sistema de salud.

Minayo (1992) afirma que los trabajos de investigación cualitativa se usan para estudiar la profundidad de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no se pueden reducir a la cuantificación. Ello implica un análisis que va más allá de información cuantitativa, que por otro lado desde hace tiempo ha dejado de ser una metodología exclusiva de disciplinas como la sociología, la psicología o la antropología, constatándose cada vez más su presencia en estudios relacionados con la salud.

Cisterna (2005) precisa que en la construcción de un modelo de investigación cualitativa es el sujeto mismo quien asume la construcción del diseño de investigación. Es él quien recopila la información, la organiza y le da sentido. Es en este proceso que el lenguaje, como “eje conductor del acto hermenéutico”, abre paso a la construcción compartida de la realidad mediante la dialéctica de las relaciones intersubjetivas facilitando el entendimiento humano. Investigar desde una

racionalidad hermenéutica supone confiar la validez y la confiabilidad del nuevo conocimiento a la rigurosidad del investigador al momento de “leer” los hechos de la realidad.

Salamanca et.al. (2007) precisan que el diseño de la investigación cualitativa a menudo se denomina diseño emergente, ya que “emerge” sobre la marcha. Esto quiere decir, que el diseño puede cambiar según se va desarrollando la investigación. El investigador va tomando decisiones en función de lo que ha descubierto. Lincoln y Guba (2002) anotan que este hecho refleja el deseo de que la investigación tenga como base la realidad y los puntos de vista de los participantes, los cuales no se conocen ni comprenden al iniciar el estudio. La respuesta al reto de la representatividad, validez externa o generalización de los resultados no va a tener lugar en claves de probabilidad estadística, sino en la pertinencia e interpretatividad

En ese sentido en el diseño de la presente investigación, se partió de tener como base la realidad y los puntos de vista de los participantes. La apuesta fue conocer el problema de estudio en su entorno natural, por lo que la propia investigadora fue el principal instrumento para la generación y recogida de datos. Durante todo el proceso de investigación, la reflexividad de la investigadora fue de especial relevancia, sobre sus propias creencias, conocimientos, y la manera de cómo éstos podían influir en la manera de concebir la realidad de los sujeto de estudio, y consecuentemente, influir en la propia investigación.

3.2 Población de estudio

3.2.1 El sistema de salud en el Perú

El Sistema de Salud del Perú, denominado Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) fue establecido mediante Ley 27813 del 2003. El SNCDS tiene la finalidad de coordinar el proceso de aplicación de la política

nacional de salud, promoviendo su implementación concertada, descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector a efecto de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos y avanzar hacia la seguridad social universal en salud.

El sistema de salud en el Perú es segmentado y los servicios de salud que forman parte de él se concentran en dos grandes subsectores: el público y el privado, el primero de ellos está compuesto por el Ministerio de Salud (MINSA) y sus instancias descentralizadas, Los gobiernos regionales que cuentan con Direcciones Regionales y sub-regionales de Salud, el Seguro Social de Salud (EsSalud) y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. El segundo lo conforman las empresas privadas (prestadores y aseguradoras), las instituciones no lucrativas, los profesionales médicos y paramédicos que brindan servicios de salud en consultorios privados, así como los proveedores de medicina tradicional y alternativa.

El Ministerio de Salud es la institución rectora del sector salud, pero la coexistencia de un sistema fragmentado y segmentado, con instituciones prestadoras adscritas a otros sectores dificulta el ejercicio efectivo de la rectoría, pues cada institución sigue la política del sector al que pertenece y mantiene su autonomía sobre la base de los dispositivos legales de creación.

El subsector público está conformado por tres niveles: nacional, regional y local. El primero está representado por el MINSA, que funcionalmente desempeña el papel rector dentro del sector y se encarga de emitir los lineamientos de política, así como las normas y procedimientos técnicos para regular la actividad sectorial. El segundo está representado por las Direcciones Regionales de Salud DIRESASs, las cuales son los organismos sectoriales de salud en los Gobiernos Regionales, que política, económica y administrativamente son autónomos y otorgan servicios de salud a través de la red de establecimientos organizada en tres niveles de atención de acuerdo con su complejidad. El tercero refiere al ámbito local, las municipalidades y sociedades de beneficencia.

El Ministerio de Salud oferta el 85.5% de establecimientos del país, entre hospitales, institutos, centros de salud y puestos de salud, luego sigue el subsector privado con el 6.6% y el resto de instituciones con el 8%. EsSALUD cuenta con 78 hospitales y 252 policlínicos. La oferta de los servicios hospitalarios del MINSA está constituida por 129 hospitales y 8 institutos, concentrados en su mayor número en las zonas urbanas con un 90%, en la zona rural con un 3% y en la zona urbana marginal con una concentración del 7% del total de establecimientos. La información censal y el proceso de categorización realizada a nivel nacional por el MINSA, concluye que 32 de los llamados “hospitales” no reúnen la cartera de servicios para un II y III nivel de atención de la salud. El 23% de los hospitales cuentan con una antigüedad de 51 a más de 100 años, el 37% posee una antigüedad no mayor a los 25 años y el mayor porcentaje corresponde a aquellos con 26 a 50 años con 40%.

La Norma Técnica “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”⁹, organiza la oferta de servicios de salud del subsector público y privado a nivel nacional. De acuerdo a la demanda se definen tres niveles de atención conformados por el conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad. La complejidad de los establecimientos de salud está determinada por los aspectos cualitativos de la oferta de servicios de salud, es decir la Capacidad Resolutiva Cualitativa y el Nivel Tecnológico de los recursos y su nivel guarda una relación directa con la categoría de establecimientos de salud.

Los establecimientos de salud del MINSA están categorizados en ocho tipos de establecimientos de acuerdo a las funciones, características y nivel de complejidad, considera también el tamaño, nivel tecnológico y la capacidad resolutiva alcanzada por la especialización y tecnificación de sus recursos¹⁰. Los puestos de salud en función de la existencia de personal médico corresponden a las categorías I-1 y I-2 (con médico), los centros de salud en relación a la existencia del servicio de

9 R.M. N°769-2004/MINSA. Aprueba Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.01 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.

10 IBID

internamiento corresponden a las categorías I-3 y I-4 (con internamiento) y los Hospitales en razón a su complejidad son de las categorías II-1, II-2 y III-1 (Hospitales nacionales y hospitales regionales), finalmente los Institutos Nacionales corresponden a la categoría III-2 (Ver Cuadro N° 6).

Cuadro N°6: MINSA. Establecimientos de salud por categorías

Categorías	Denominación
I-1	Puesto de Salud
I-2	Puesto de Salud con Medico
I-3	Centro de Salud sin Internamiento
I-4	Centro de Salud con Internamiento
II-1	Hospital I
II-2	Hospital II
III-1	Hospital III
III-2	Instituto Especializado

Fuente: Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.01. “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”

El sistema de de referencia y contrarreferencia se define como un conjunto ordenado de procedimientos administrativos y asistenciales, que asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive o viceversa. Este Sistema cobra vigencia a partir de la aprobación de la “Norma Técnica del Sistema de Referencia y contra referencia de los establecimientos del Ministerio de Salud” 11. No obstante, a pesar de existir este marco normativo que garantiza la continuidad de la atención de salud en la población, esta no se da por diversos motivos, principalmente por su incumplimiento.

11 MINSA. R.M. N° 751-2004/MINSA aprueba Norma Técnica11 N° 018-MINSA/DGSP/V.01, Norma Técnica del Sistema de Referencia y contra referencia de los establecimientos del Ministerio de Salud”. 26 de Julio del 2004

El gasto en salud en el Perú, respecto del PBI, es en el orden del 4,5%¹², del cual, prácticamente, las tres cuartas partes es financiamiento no público (3,2%). Lo cual grafica que el financiamiento de la salud en el país tiene un componente público minoritario (Ver Grafico N°3).

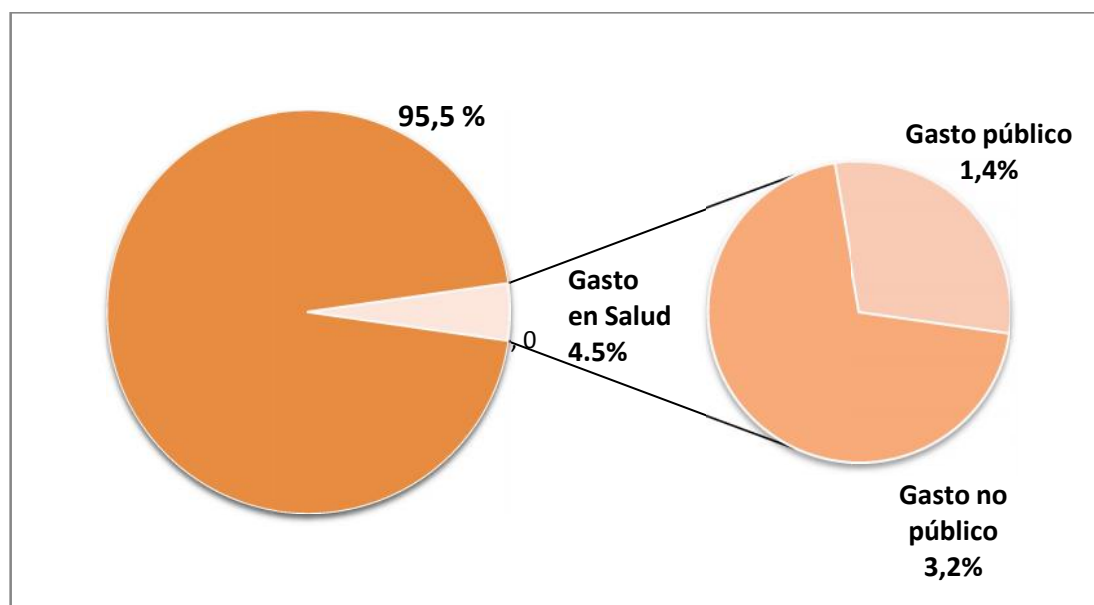


Grafico N° 3: Gasto en Salud en el Perú respecto del PBI

Fuente: MINSA-CIES. Cuentas Nacionales en Salud 1995-2006. Lima 2008

En la estructura del financiamiento de la salud, se aprecia un dimensionamiento mayoritario tanto del aporte de los hogares (33%), como de las empresas empleadoras (31%), frente al del Gobierno (31%), (Ver Gráfico N° 4).

¹² MINSA- Oficina General de Planeamiento y Presupuesto- Consorcio de Investigación Económica y Social- Observatorio de la Salud CIES. “Cuentas Nacionales en Salud 1995-2006”. Lima, 2008

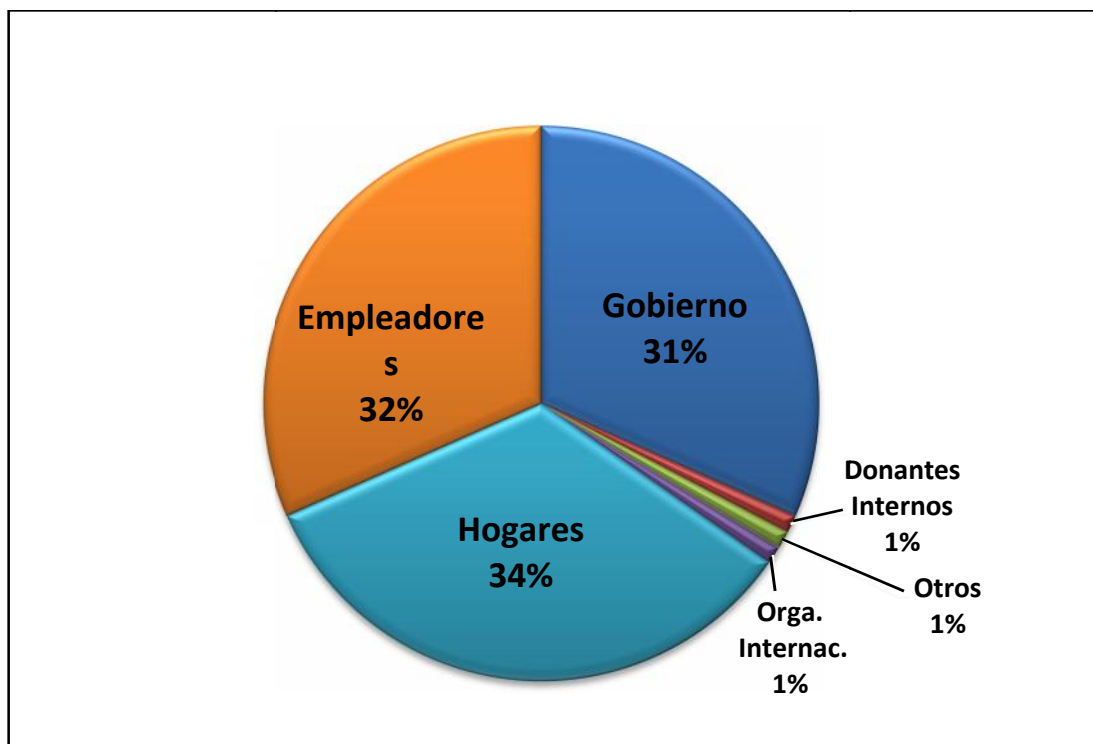


Gráfico N° 4: Estructura del Financiamiento en Salud en el Perú.

Fuente: MINSA-CIES. Cuentas Nacionales en Salud 1995-2006. Lima 2008

En relación a la Fuerza Laboral, el Sistema Nacional de Salud está conformado por cuatro grandes empleadores de RHUS: Ministerio de Salud (MINSA) 56%, Seguridad Social (EsSalud) 15%, Entidades Prestadoras de Salud (EPS) 17%, y las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú 12%.

El MINSA, principal proveedor de servicios de Salud, al 2009 tiene un total de 120,504 trabajadores, de los cuales 64,622 (53.6%) son nombrados, 37,355 (31%) tienen contrato administrativo de servicios (CAS), 7,112 (5,9%) son profesionales que realizan el Servicio Rural Urbano Marginal/SERUMS remunerado o equivalente, 3,649 (3%) son contratados bajo el régimen laboral 728; 2,318 (1.9%) son destacados y 2,310 (1.9%) son contratados según Ley 276.

Cuadro N°7: MINSA: distribución porcentual de Recursos Humanos por condición laboral – 2009

Nombrado	Destacado 276	Contratado 276	Contratado 728	CAS	Otros	SERUM (remunerado y equivalente)	Otros
53.6 %	1.9 %	1.9 %	3.0 %	31 %	24 %	5.9 %	0.2 %

Fuente: Base de Datos Nacional de RHUS 2009 – MINSA

Nota: Incluye Profesionales SERUMS Remunerado y Equivalente, y Administrativos.

No incluye la Sede Administrativa del MINSA-Lima

3.2.2 Población en Estudio

Fue necesario realizar una planeación detallada de apoyo al diseño de esta investigación cualitativa, para cautelar su rigor científico. La población de estudio fue el personal de salud del Hospital Nacional Docente Madre Niño/San Bartolomé (HONADOMANI/SB) del Ministerio de Salud, considerando que es una institución de tercer nivel de complejidad de referencia nacional y de gran accesibilidad (con sede en el cercado de Lima), que deviene en una importante demanda de servicios y una dinámica institucional muy activa, fundamentalmente durante los horarios de mañana y tarde. Complementariamente, también se considero que es sede docente de varias universidades e institutos que forman personal de salud.

Por la complejidad de la prestación de sus atenciones dada su capacidad resolutive, se identifíco a los servicios de Hospitalización de Pediatría, Gineco – Obstetricia, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Neonatal, Emergencia, Sala de Operaciones, Central de Esterilización y Consultorios Externos; como servicios o ambientes institucionales propicios para la recolección de datos significativos del personal de salud.

El período histórico de este estudio, comprende Setiembre Octubre del 2009. Para tal efecto se contó con la autorización del Comité de Ética e Investigación de esta institución, con quienes se coordinó la autorización correspondiente, la selección de la

muestra, la estrategia a seguir, la programación de las entrevistas, y el cronograma de trabajo de campo, lo cual permitió tener las facilidades requeridas en los diferentes horarios del trabajo de campo (mañana, tarde y noche – guardias nocturnas –, incluyendo feriados y/o sábados y Domingos).

3.3 Muestra

En los estudios cualitativos casi siempre se emplean muestras pequeñas no aleatorias, puesto que lo que se busca son buenos informantes, es decir, personas informadas, lúcidas, reflexivas y dispuestas a hablar ampliamente con el investigador (Salamanca Castro, A., Martín-Crespo Blanco, C., 2007); por ello se utilizó el muestreo no probabilístico intencionado, que es fácil y eficiente aunque muy laborioso, debido a que la clave del mismo es extraer la mayor cantidad posible de información de los pocos casos de la muestra.

Para ello fue preciso decidir previamente cuándo y en qué servicios investigar, a quién entrevistar, así como qué información registrar y cómo hacerlo. Se estableció de manera sistemáticamente los criterios de inclusión y exclusión para asegurar que la muestra sea adecuadamente escogida. En tal sentido se considero tres dimensiones: el tiempo, las personas y el contexto.

- *El tiempo* como una dimensión importante en la vida social. Las actividades y las actitudes en el campo suelen variar a lo largo del tiempo de forma significativa.

Eviatar Zerubavel¹³, aporó mucho sobre la sociología del tiempo, constituyendo referente metodológico en esta investigación. Sin duda es

¹³ Zerubavel Eviatar, ha sido en los últimos 30 años uno de los innovadores en la sociología del tiempo y pionero en reavivar el interés por este campo de estudio (que fue en principio desarrollado en la generación de los clásicos por Durkheim, Simmel y otros, pero que fue abandonado durante varias décadas en el siglo XX). La aportación de Zerubavel a la sociología del tiempo comprende numerosos artículos y cuatro libros.

distinta la actividad de un servicio de emergencia según la hora del día o incluso según el día de la semana. En tal sentido en la muestra el personal de salud debía hacer turnos rotativos en diferentes horarios y días de la semana, excluyendo a los que no lo hacían.

- *Las personas:* considerando que ningún medio es socialmente homogéneo, por ello, el muestreo considero criterios demográficos estandarizados de inclusión: nivel jerárquico, ocupación, entre otras. categorías importantes por su relevancia para el tema de investigación.
- *Lugar y contexto.* Dentro de cualquier ambiente de un Hospital se pueden distinguir contextos muy diferentes y el desempeño del personal actúa en función del contexto en el que están. Ello implica reconocer que este desempeño es una construcción social y no localizaciones físicas, por lo que la muestra incluyó a personal de salud de diferentes servicios del hospital.

Minayo (1992) señala que en la elección de muestreo cualitativo debe darse prioridad a los sujetos sociales que tienen las características específicas que el investigador pretende conocer, asimismo que el tamaño del grupo de estudio sea lo suficiente para permitir la obtención de la información en el mismo tiempo y que debe ser diversificada para permitir la captura de similitudes y diferencias en la información y, finalmente precisa que los entrevistados tengan "un conjunto de experiencias y expresiones que se pretende objetivar con la investigación".

En tal sentido y si bien la calidad del empleo en salud es un fenómeno social que viene ocurriendo en todas las opciones ocupacionales del campo de la salud (médicos, enfermeras, técnicos de salud, administrativos, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas, entre otros), en este estudio los criterios utilizados para definir las unidades muestrales se basaron en la inclusión de cada una en la división social del trabajo en salud y la representación de los mismos en el contexto de abordaje (los servicios de salud del hospital en estudio), con el objetivo de capturar diferentes puntos de vista sobre el tema.

Así, se definió como sujetos de investigación a las opciones ocupacionales médicos, enfermeras y técnicos de enfermería de distintas especialidades y de diferentes servicios, considerando que en una institución hospitalaria, el equipo básico de atención está conformado fundamentalmente por estas tres opciones ocupacionales. Asimismo para triangular la información, se considero a los profesionales Directivos del hospital, que a pesar de no ser el foco de este estudio, su información sirvió para corroborar y/o confrontar lo expresado por los sujetos de investigación.

Para alcanzar mayor amplitud en la cobertura de información, los entrevistados fueron agrupados y codificados de acuerdo con la función que cumple en el lugar de trabajo y los años en el cargo. Grupo D: Directivos para evidenciar como se aborda la calidad de empleo desde la posición gerencial; Grupo profesionales médicos PM, profesionales de enfermería PE, (a fin de identificar las características del empleo en salud desde la mirada de los profesionales); y técnicos de enfermería TE (con la intención de evidenciar las condiciones y valoración de la calidad del empleo, en personal de menor calificación). La antigüedad en el cargo para aproximarnos a una mirada de cómo variaron con el transcurso del tiempo los factores relacionados con la calidad del empleo en salud. Cada entrevistado recibió un número correlativo de acuerdo a la secuencia de entrevistas. En total se logró la entrevista grabada de 37 informantes como unidades muestrales. Anexo (1):

- Grupo D-Directivos: 07
- Grupo PS -Personal de salud: 30 incluyendo:
 - Médicos - PM (10): 5 Médico/as con más de 10 años de antigüedad y 5 con hasta 5 años de antigüedad.
 - Enfermero/as - PE (10), 5 Enfermera/os con más de 10 años de antigüedad y 10 con hasta 5 años de antigüedad.
 - Técnicos de Enfermería -TE: (10): 5 con más de 10 años de antigüedad y 5 con hasta 5 años de antigüedad.

Un aspecto relevante fue la definición del procedimiento de consentimiento informado, que fue suscrito por los entrevistados (Anexo 5) y a quienes igualmente se les pidió su consentimiento para grabar la entrevista.

3.4 Recopilación de información

Se considera que un proceso adecuado de acopio y manejo de datos cualitativos, asegura un alto nivel de validez y provee también bases sólidas para la confiabilidad o replicabilidad de la investigación. Asimismo y; para facilitar el proceso de corroboración estructural, utilizamos la triangulación no sólo de diferentes fuentes de datos (fuentes primarias y fuentes secundarias institucionales), sino de diferentes perspectivas teóricas, y de diferentes procedimientos metodológicos.

Nuestra apuesta fue hacer que nuestros procedimientos metodológicos se orienten hacia el descubrimiento de las estructuras personales o grupales, es decir no sólo centradas en la entrevista, sino el registro del lenguaje natural más universal, el lenguaje no verbal de signos expresivos (a través de los ojos, la mímica, la expresión facial, los movimientos, gestos y posiciones del cuerpo, el acento, el timbre y el tono de la voz, etc.) que contribuyó de manera muy eficaz para precisar el verdadero sentido de lo expresado en el proceso de grabaciones de audio durante las entrevistas, que sin duda hizo posible analizar los hechos repetidas veces.

El asegurar el acceso a la información primaria requirió de diferentes reuniones de trabajo con el Director Médico del Hospital en estudio, en las que se en forma aleatoria se identificó las unidades muestrales de los servicios mencionados. La estrategia de abordaje de los mismos, consistió en determinar el horario más conveniente. Para el caso del personal directivo, dadas sus funciones gerenciales se concordó previamente con cada uno, el horario de la entrevista. Esta se realizó generalmente entre la 1 y 7pm. Para el caso del personal de salud; técnicos de enfermería, médicos y enfermeras, se optó por realizar la entrevista al término del

turno de trabajo en los diferentes horarios programados de lunes a domingo y/o feriados. Así para el horario de mañana fue entre 1 - 3pm; para el horario de tarde entre 7 - 9 pm, en el caso del horario de noche entre 12pm - 5am.

Se desarrolló coordinación sistemática y permanente no sólo con el Director Médico, sino también con la Directora de Docencia e Investigación y la Jefe del Departamento de Enfermería, para obtener la autorización correspondiente, información de los roles de trabajo y los contactos claves necesarios, quienes facilitaron el acceso no sólo a los informantes claves, si no a fuentes determinadas de datos.

Asimismo fue necesario concordar y desarrollar reuniones de presentación y motivación no sólo con los Jefes de Servicio, sino con especial cuidado con líderes de opinión o dirigentes del personal de salud.

a. Técnicas e instrumentos

Martínez (2006) señala que el propósito de la entrevista de investigación cualitativa es obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tienen de los fenómenos descritos, el objetivo último es acceder a la perspectiva del sujeto estudiado: comprender sus categorías mentales, sus interpretaciones, sus percepciones y sus sentimientos.

En tal sentido se utilizó la técnica de la entrevista cualitativa, asumiéndola como una conversación, a) provocada por el entrevistador; b) dirigida a un número de informantes elegidos sobre la base del plan de investigación; c) con una finalidad de tipo cognoscitivo; e) guiada por el entrevistador y f) sobre la base de un esquema flexible de interrogación. De hecho nuevas preguntas y asuntos relacionados,

surgieron de la interacción con el entrevistado lo cual fue viable en tanto no nos apartó de nuestro objetivo de indagación.

Para tal efecto, el instrumento utilizado fue un cuestionario de preguntas abiertas, en la que a todos los entrevistados se les hizo las mismas preguntas con la misma formulación y en el mismo orden. El «estímulo» fue, por tanto, igual para todos los entrevistados, lo que no comprometió su plena libertad para manifestar su respuesta. Este Cuestionario tuvo algunas preguntas particulares para el caso de directivos (Anexo 3), diferente del cuestionario para personal de salud como médicos, enfermeras y técnicos de enfermería (Anexo 4).

La autora consideró hacer uso de entrevistas estructuradas, dadas las serias dificultades para determinar un exhaustivo arco de respuestas, antes de administrar la entrevista, fundamentalmente por: a) la singularidad y variedad de situaciones en la calidad del empleo de las opciones ocupacionales del personal de salud del hospital en estudio, en la atención de los usuarios y; b) porque la calidad del empleo del personal de salud en estudio, evoca una complejidad de dimensiones, en que las posibilidades de respuesta presentaban tal variedad y complejidad, difícilmente sintetizables.

b. Desarrollo de la entrevista

Una vez identificados los sujetos de la investigación, se estableció contacto con ellos para obtener su autorización y confirmar la programación de las entrevistas. Se les explicó el objetivo de la investigación, esclareciendo que la participación era de libre voluntad, que podían retirarse en cualquier etapa de la investigación, que cada entrevistado tenía un código para preservar el anonimato, y, finalmente, se les presentó el formato de Consentimiento Informado que suscribieron (Anexo2). Igualmente a los que estuvieron dispuestos a participar en el estudio se les pidió su consentimiento para grabarla entrevista.

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora, en una sesión y en algunos casos en varias sesiones de una a dos horas máximo, dado que por la demanda y dinámica institucional del HONADOMANI/SB muchos de los informantes clave contactados, presentaron limitaciones de disponibilidad de tiempo, por lo que el tiempo de realización de las mismas se extendió lo necesario, hasta completarlas debidamente grabadas. Durante el desarrollo de la entrevista hubo cauteloso cuidado de «dejar hablar al entrevistado», dado que el simple hecho de plantear las mismas preguntas, tanto en la forma como en el contenido a todos los entrevistados, introduce un elemento de rigidez en la dinámica de la entrevista, que era necesario minimizar lo mas que se pudo.

Se desarrollo dos itinerarios diferentes, uno para el grupo Directivos D (Anexo 4) y otro para el grupo Personal de Salud PS: profesionales Médicos, Enfermeras y Técnicos de Enfermería (Anexo 5). Al término de las mismas, se procedió a la desgravación y transcripción textual, como respaldo de los significados e interpretación de la información recogida de los informantes clave.

Entre los materiales y equipos utilizados, se contó con el impreso de la declaración del consentimiento informado, el Cuestionario de entrevista estructurada, una grabadora de voz y el cuaderno de campo en el que se registró las observaciones necesarias de cada entrevista y siendo que dichas anotaciones fueron abreviadas y esquemáticas, fueron detalladas y/o ampliadas el mismo día o al día siguiente. En algunos casos, rápidamente grabamos un comentario más estructurado y pensado de las anotaciones tomadas, para no perder su capacidad de información. Considero que estas anotaciones concretas y situacionales son, además, un testimonio real de la honestidad y objetividad de la investigación

3.5 Análisis de la información

El análisis de la información fue iniciado a partir de la recolección de la información utilizando la triangulación de fuentes. Triviños (1987) afirma que en la investigación cualitativa la recolección y el análisis de la información no se dan como compartimientos estancos, si no que interactúan y se influyen mutuamente.

Se utilizó el análisis de contenido para las entrevistas, para encontrar las categorías emergentes. En tal sentido el análisis mencionado se hizo según la categorización de los sujetos de investigación, para ello y con el fin de ordenarlo se siguieron los siguientes pasos:

- a. Las entrevistas grabadas y transcritas manteniendo el sentido del habla, fueron ordenadas según el grupo al que pertenecía y consolidados respectivamente.
- b. Se realizó una lectura exhaustiva de los textos para la comprensión de las ideas centrales y frases claves para el objeto de la investigación.
- c. Se estableció el Corpus mediante la agrupación de las entrevistas de acuerdo con características comunes, Minayo (1992). En este caso los grupos fueron la base de esta organización.
- d. Cada Corpus fue sometido a lectura transversal y recortada a unidades de registro que consisten en frases, oraciones o expresiones significativas. Se procura encontrar los significados, es decir lo que está por detrás de los contenidos manifestados, más allá de las apariencias y de lo que se está comunicando en los relatos. La herramienta básica fue la unidad de registro o unidad de significado. Cada unidad de registro fue agrupada de acuerdo a las categorías empíricas que emergieron durante este proceso.

En esta fase de análisis surgieron las siguientes categorías:

- Tamaño de la fuerza laboral, composición y dotación.
- Calidad del empleo:

- Condición laboral y protección social.
 - Régimen remunerativo.
 - Pluriempleo.
 - Jornada laboral y turnos de trabajo.
 - Condiciones de Higiene y Seguridad en el servicio.
 - Exposición a riesgos de trabajo: biológicos, ambientales (físicos, químicos y mecánicos), sicosociales y violencia en el trabajo.
- Enfermedades y accidentes laborales.
- e. Por último, se utilizó un marco teórico contributorio de la interpretación y análisis de información.

En esta última etapa, tal vez la más compleja, la autora trató de comprender lo expresado, sobre la realidad social objetiva vivida por los trabajadores entrevistados con el fin de conectar las especificidades de su calidad de empleo, determinada por la construcción histórica del modo de producción en su actual fase de reestructuración productiva y de neoliberalismo. Ello implicó comprender el contenido subjetivo de las expresiones del personal de salud entrevistado, algunas veces colocados de forma explícita, y otras veces presente en una forma subliminal en las expresiones, palabras, símbolos, entre otros. El análisis de los datos se centró en los sujetos y no en las variables que emergieron. Se usó un criterio holístico, es decir el informante fue observado y estudiado en su totalidad. El objetivo del análisis fue comprender a las personas, más que analizar las relaciones entre variables.

CAPITULO 4: ANÁLISIS INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Características del establecimiento de estudio

El establecimiento de estudio, Hospital Nacional Docente Madre Niño/ San Bartolomé (HONADOMANI/SB), es una institución hospitalaria de III nivel de complejidad¹⁴ que tiene como misión brindar servicios de salud especializados de alta calidad y de carácter integral dirigidos a la mujer, neonato, niño y adolescente, que proceden de cualquier punto del ámbito nacional.

Fue fundado el 06 de Enero de 1646, durante el Gobierno del Marqués De Mancera Don Pedro de Toledo y Leiva. Es una institución muy antigua pues se ha creado hace 359 años. La fuentes secundarias revisadas dan cuenta que en 1651 el Hospital se erigió en el barrio de Santa Catalina cerca de los Hospicios Santa Ana y San Andrés en la calle San Bartolomé, novena cuadra del Jr. Antonio Miro Quezada y que en 1910 al reorganizarse el Servicio de la Sanidad Militar del Perú, el Gobierno de entonces, decretó que el Hospital fuese, nuevamente, dependencia del Ministerio de Guerra a través del Servicio de Sanidad Militar. Desde aquel año, se llamó Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé y funcionó como tal hasta 1956.

¹⁴ Ministerio de Salud. Resolución N°769-2004/MINSA. Norma técnica para la categorización de los establecimientos de salud según niveles de atención, aplicable a todos los establecimientos del sector.

Desde 1961, año en que se convierte en Hospital Central de Salud Materno Infantil «San Bartolomé» bajo la dependencia directa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, brinda atención especializada a la Mujer y al Recién Nacido. En el año 1970 pasa a ser Área Hospitalaria N° 022 hasta 1983 en que quedó como Hospital Especializado Materno Infantil “San Bartolomé”. Es a partir del mes de Julio de 1988 que tiene como sede las instalaciones que fueran desocupadas por el ex Hospital de Enfermedades Neoplásicas, ubicado en la Av. Alfonso Ugarte 825 del Cercado de Lima.

Por Resolución Ministerial N° 122-93-SA/DM del 15 de Marzo de 1993 se le reconoce como “Hospital Nacional Docente Madre Niño, San Bartolomé HONADOMANI-SB”, constituyéndose así en un Hospital de ámbito Nacional, cuyas actividades finales son la asistencia y la docencia de todos los Programas de Salud Materno Infantil. Su dependencia orgánica es del Despacho Vice Ministerial de Salud, y presupuestalmente depende del Pliego Ministerio de Salud, aunque su ejecución presupuestal se sujeta a las normas de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y finanzas.

Tiene una Dirección General y como órganos de línea 9 Departamentos Médicos Especializados, 2 Órganos de Apoyo (Oficina Ejecutiva de Administración/ Control Institucional) y 4 órganos de Asesoría (Planeamiento Estratégico, Asesoría Jurídica, Control de la Calidad y Epidemiología y Salud Ambiental). Cuenta con una disponibilidad de 240 camas de Hospitalización y una producción diaria de 921 Consultas Externas. La cartera de servicios que tiene el HONADOMANI/SB es la siguiente:

- Gineco Obstetricia: medicina Materno fetal, Ginecología de la niña, adolescente y adulto, Infertilidad de baja y alta complejidad, Ginecología Oncológica, Cirugías endoscópicas y convencionales, estimulación prenatal y psicoprofilaxis, Monitoreo fetal.
- Pediatría: Atención integral y especializada desde recién nacido hasta adolescentes en Consulta Externa y Hospitalización. Asimismo de Prematuros y de alto riesgo. Servicios especializados de Medicina Física

y Rehabilitación, Neumología, Neurología, Endocrinología y genética, Gastroenterología, Infectología, complementados con servicios de Orientación nutricional y de Lactancia Materna, Control del Crecimiento y Desarrollo, de Vacunaciones.

- Servicios Cirugía Pediátrica: del Recién Nacido de alta Complejidad, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología.
- Emergencia: obstétricas y Ginecológicas, Neonatales, Pediátricas y del Adolescente.
- Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricas y ginecológicas, Neonatal.
- Unidad de Terapia Intensiva (UTI) Pediátricas y de Adolescente.
- Anestesiología: Atención especializada de anestesia y analgesia, terapia del dolor, reanimación cardiovascular y gasoterapia.
- Otras especialidades: Cardiología y Medicina
- Servicios de apoyo diagnóstico: Laboratorio, Hematología, Microbiología, Citología, Citogenética e Histopatía. Imágenes: Rayos X, Ecografía, Tomografía, Mamografía
- Servicios de apoyo al tratamiento: Psicología, Nutrición y dietética, Farmacia, Banco de Sangre, Asistencia Social

La información referida da evidencias certeras de que este Hospital es uno de los más importantes del Ministerio de Salud, en tanto es especializado en la atención Materno Infantil, área que constituye prioridad para el Sistema de Salud en el país, asimismo, que según las normas de organización de los servicios de salud vigentes, está acreditado con una capacidad resolutoria de tercer nivel de complejidad ¹⁵ ¹⁶, siendo fundamental para el sistema de referencias.

La perspectiva común del personal de salud, tanto del grupo profesional, técnico y directivo sobre la institución, es reiterativa de las limitaciones que presenta para su

¹⁵ Resolución Ministerial N° 769- 2004/MINSA Norma técnica N° 021-MINSA/DGSP/V01 Categorías de establecimientos del sector salud

¹⁶ Resolución Ministerial N° 1142- 2004/MINSA Guía para la categorización de establecimientos de salud del sector salud

funcionamiento y para garantizar la calidad del empleo. Coinciden en señalar que la infraestructura es muy antigua, que en ella funcionó por muchos años el Instituto de Enfermedades Neoplásicas (desde 1,939). Si bien hay un reconocimiento del acondicionamiento que se viene dando en diferentes servicios, por parte del grupo de personal Médico, enfermeras y técnicos, particularmente de los que tienen menos de 05 años de antigüedad, así como de los directivos, hay una coincidencia común que el hospital tiene múltiples falencias que inciden en la calidad del empleo de su personal. Lo expresado por algunos de los entrevistados, refieren problemas existentes para la oferta de la cartera de servicios del hospital y su incidencia en la calidad del empleo del personal de salud:

DI (M) “...este en una infraestructura muy antigua...tenemos serios problemas y limitaciones no solo presupuestarias, sino legales para afrontar el acondicionamiento, pero estamos en eso....por ejemplo, tenemos que garantizar las salidas de emergencia/evacuación en las diferentes áreas del hospital. Sin embargo hay caso que aún no es posible...en consulta externa hay un pasadizo que no tiene salida y es una zona de bastante transito, que nos preocupa mucho.....”

D7(E): “...Este local no ha sido un hospital construido para brindar servicios materno infantil, esta sede ha sido del Hospital de Neoplásicas, donde nos hemos adecuado.....se ha creado servicios como la UCI materno y otros especializados.....pero obviamente hay muchas, muchas limitaciones para el tipo de prestaciones especializadas, de diagnóstico y tratamiento que se da....lo que de hecho también incide en la calidad del empleo.....falta mucho aún...”

PM7: “el diseño ambiental de este hospital es realmente inadecuado, no se cumple con las normas.... debe haber más ventilación, mas espacios, es un hospital de espacios chicos....esta situación atenta no solo contra los paciente, sino contra nosotros mismos...”

PE6: “este hospital tiene muchas limitaciones en su diseño ambiental, es un hospital hacinado, las salidas de evacuación y emergencia no están muy claramente definidas...”

TE4: " hasta cuándo tendremos que esperar para que terminen de acondicionar como debe ser este Hospital.....así como ve usted trabajamos.... pero no es justo ...quien se preocupa por nosotros?..."

Los registros de la observación de campo corroboran las percepciones del personal de salud, pues la infraestructura de la sede del Hospital de estudio es muy antigua (más de 70 años), si bien ha sido intervenido en su antigua edificación para mantener su operatividad y responder a su demanda creciente mediante ejecución de obras de ampliación, remodelación, rehabilitación, mantenimiento y cambio de instalaciones mecánicas, sanitarias, eléctricas y equipos mecánicos, aún no está debidamente acondicionado para el tipo de prestaciones que brinda, existiendo evidencias de precariedad física, problemas en las instalaciones eléctricas, de saneamiento básico, de seguridad, entre otras, todas ellas incidiendo en la calidad del empleo del personal de salud.

Esta situación percibida contrasta con la información recogida de fuentes secundarias que da evidencias de una amplia normatividad aprobadas por instrumentos jurídicos de diferentes jerarquías como leyes, decretos supremos, resoluciones ministeriales y otras que establecen el marco general en base al cual se realizan las nuevas construcciones, ampliaciones, remodelaciones y obras de mitigación en los establecimientos de salud. A ello, se suma el que los instrumentos para la acreditación de establecimientos de salud han incorporado aspectos referidos a la seguridad ante desastres, especialmente aquellos de tipo funcional. Igualmente, existen instrumentos para las inspecciones técnicas de seguridad en defensa civil, para la evaluación de los elementos de seguridad estructural, no estructural y funcional necesarios para asegurar condiciones de trabajo y consecuentemente la calidad del empleo en salud. (Cuadro N° 8).

El análisis de esta situación deriva en la existencia de debilidades en el ejercicio de la función reguladora y de rectoría del MINSA y del Ministerio de Trabajo que se traduce en los limitados mecanismos de control y supervisión de la calidad del diseño y construcción hospitalaria, así como para el mantenimiento preventivo y

recuperativo de la infraestructura, equipamiento e instalaciones de los servicios de salud. Igualmente se explica por la relevancia sub alterna de la calidad del empleo en salud, en la gestión del Hospital de estudio, pues su disposición disfuncional, siendo hospital muy antiguo, combinada con la existencia de obsolescencia de algunos de sus equipos, presenta un riesgo latente para los pacientes y el personal de salud.

Cuadro N°8: Normativa sobre Establecimientos de Salud

<p>Normas sobre diseño de los establecimientos de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución Ministerial N° 482- 96-SA/DM Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria ▪ Resolución Ministerial N° 072- 99-AS/DM Normas técnicas para el diseño de elementos de apoyo para personas con discapacidad en los establecimientos de salud ▪ Resolución Ministerial N° 064-2001-SA/DM Normas técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de emergencia ▪ Resolución Ministerial N° 065-2001-SA/DM Guías técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de centro quirúrgico y cirugía ambulatoria
<p>Normas vinculadas a la construcción de establecimientos de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley N° 27314 Ley General de Residuos sólidos ▪ Decreto Supremo N° 057-2004-PCM, Reglamento de la Ley General de Residuos Sólidos ▪ Resolución Ministerial N° 335-2005/MINSA, estándares mínimos de seguridad para construcción, ampliación, rehabilitación, remodelación y mitigación de riesgos en los en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo ▪ 2005 Ley N° 28611 Ley General del Ambiente
<p>Normas sobre equipamiento de los establecimientos de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución Ministerial N° 588-2005/MINSA, listados de equipos biomédicos básicos para establecimientos de salud ▪ Resolución Ministerial N° 895-2006/MINSA, que adiciona equipos a los listados de equipos biomédicos básicos para establecimientos de salud aprobado por RM 588-2005/MINSA

Normas sobre señalética en los establecimientos de salud

- Resolución Ministerial N° 861-95-SA/DM, normas de identificación y señalización de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud
- Resolución Ministerial N° 897-2005/MINSA, Norma Técnica de Salud N° 037-MINSA/OGDN V.01 para señalización de seguridad de los de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Normas sobre mantenimiento en los establecimientos de salud

- Resolución Ministerial N° 016-98-SA/DM, normas técnicas para el mantenimiento y conservación de la infraestructura física de hospitales

Normas sobre organización, planeamiento y respuesta ante Desastres

- Resolución Ministerial N° 247- 95-SA/DM, dispone que los hospitales del sector salud constituyan su respectivo comité hospitalario de defensa civil
- Resolución Ministerial N° 517-2004/MINSA Directiva N° 036-2004-OGDN/MINSA-V.01 Declaratoria de alertas en situaciones de emergencias y desastres
- Resolución Ministerial N° 768-2004/MINSA Directiva N° 040-2004-OGDN/MINSA-V.01, procedimiento para la elaboración de planes de contingencia para Emergencias y Desastres
- Resolución Ministerial N° 974-2004/MINSA Directiva N° 043-2004-OGDN/MINSA-V.01, procedimiento para la elaboración de planes de respuesta frente a emergencias y desastres
- Resolución Ministerial N° 194-2005/MINSA Directiva N° 053-05-OGDN/MINSA-V.01. Organización y funcionamiento de las brigadas del Ministerio de Salud para atención y control de situaciones de emergencias y desastres

Normas sobre evaluación de seguridad en establecimientos de salud

- Resolución Jefatural N° 106-2009-INDECI, modifican el Manual de Ejecución de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil

Fuente: Propuesta Política Nacional de Hospitales seguros frente A los desastres. Comité Nacional de Hospitales seguros frente a los desastres. RM N° 623-2009/MINSA - Marzo 2010

Elaboración propia

4.2 Tamaño y composición de la fuerza laboral.

El tamaño de la fuerza laboral total en el Hospital es de 1176 trabajadores de salud¹⁷, (Cuadro N° 9). Es de destacar que su composición¹⁸ está conformada mayoritariamente por técnicos asistenciales (278/ 23,6%), enfermeras (193/ 16,4%), médicos (167/ 14,2%), Obstetras (50/ 4,3%), Odontólogos (9/ 0,8%), Tecnólogos Médicos (36/ 3,1%), Trabajadoras Sociales (15/ 1,3%), Psicólogos (8/ 0,7%), Químicos Farmacéuticos (12/ 1,0%), nutricionistas, (04/ 0,3%), entre otros profesionales. Asimismo, por auxiliares asistenciales (94/ 8%), técnicos administrativos (191/ 16,2%) y Directivos (7/ 0,6%).

Nuestro registro de campo da cuenta de la existencia de sub especialidades médicas dentro de la especialidad materno infantil que han surgido prioritariamente por interés de los profesionales médicos, más que por interés institucional o de política pública.

¹⁷ Banco de Datos Nacional 2009. Observatorio Nacional de Recursos Humanos / MINSA

¹⁸ El cargo de técnicos asistenciales incluye a todos los técnicos de enfermería, farmacia, laboratorio, sanitarios, nutrición, fisioterapia, radiología, servicio social, dental y anatomía patológica. El cargo de técnicos administrativos incluye a todos los técnicos de administración, contabilidad, estadística, computación, transporte, secretarías, digitadores y otros. Como auxiliares asistenciales se incluye a: los auxiliares sanitarios, enfermería, nutrición, farmacia, laboratorio, promoción social, lavandería y otros. Los auxiliares administrativos incluyen a: auxiliares de estadística, contabilidad, saneamiento, el personal de limpieza, artesanos, electricistas, seguridad y vigilancia entre otros.

Cuadro N° 9. Número de Personal por aéreas de atención según condición laboral, HONADONAMI/ SB -2009

CARGO	NOMBRADOS	CAS	Nº TOTAL	Porcentaje
MEDICO	122	45	167	14,2
ENFERMERA	112	81	193	16,4
OBSTETRA	34	16	50	4,3
ODONTÓLOGO	7	2	9	0,8
BIÓLOGO		1	1	0,1
NUTRICIONISTA	3	1	4	0,3
PSICÓLOGO	8		8	0,7
QUÍMICO FARMACÉUTICO	5	7	12	1,0
TECNÓLOGO MÉDICO	24	12	36	3,1
TRABAJADORA SOCIAL	15		15	1,3
OTRAS PROFESIONES ASISTENCIALES	14		14	1,2
TEC. ASISTENCIAL	204	74	278	23,6
TEC. ADMINISTRATIVO	122	69	191	16,2
AUX. ASISTENCIAL	71	23	94	8,0
AUX. ADMINISTRATIVO	63	16	79	6,7
DIRECTOR / GERENTE	7		7	0,6
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO	8	10	18	1,5
TOTAL	819	357	1176	

Fuente: BD Nacional de RHUS 2009. Observatorio Nacional de Recursos Humanos - MINSA
El total no considera 58 Residentes (nombrados 276), 89 contratos de terceros y 9 contratos por suplencia

Algunas de las respuestas de los entrevistados que la autora consigna a continuación expresan claramente la percepción del problema existente en cuanto a la composición y dotación del personal de salud en el hospital en estudio:

D2(M): "... Quiero señalar que a nivel de toda la institución tenemos 3 médicos generales, 152 médicos especialistas y 58 médicos residentes. Aquí la inmensa mayoría son médicos especialistas porque la característica de la institución es ser altamente especializada. Debo precisar que del total de 152 médicos especialistas, 64 hacen labor de consulta externa, internación y guardias, es decir rotan en todos los servicios. Otros 65 solo hacen consulta externa e internación y no hacen guardias, sea por la naturaleza de su especialidad (sub especialistas) o porque son jefes, o trabajan en área administrativa, o son mayores de 50 años. Hay además 26 médicos del total, que atienden en alta complejidad, en la UCI materna, pediátrica y neonatal, se dedican exclusivamente a esa labor

y no hacen consulta externa....el problema de dotación es complejo”.

PM4: “...En el servicio de Emergencia Ud. está viendo....el número de personal con que contamos es insuficiente, en el caso de los médicos felizmente tenemos a los Residentes que trabajan mucho ...sin reparos.....pero se necesita urgente hacer una planificación tanto de la composición del equipo como de la dotación, que considere la demanda que tenemos.. ...que oriente la demanda diría yo.....pues a veces por la accesibilidad del hospital, vienen pacientes que no son emergencias restando tiempo valioso para las atenciones de las verdaderas emergencias...”

PE8:”.... En la central de esterilización contamos el personal asignado es de solo 25, entre enfermeras(solo 3), personal administrativo (2) y técnicos de enfermería; nombrados y contratados(21)....con esa cantidad de personal debemos atender todos los requerimientos de los servicios de este hospital durante las 24 horas del día y todos los días del mes.... es insuficiente e increíble el trabajo que realizamos....la responsabilidad es muy grande ...nos hemos organizado utilizando colores: áreas roja, de material contaminado prelavado; área azul, con material limpio listo para selección del proceso de esterilización/empaques y el área verde de materiales esterilizados listo para su entrega al servicio usuario. Usamos indicadores químicos, físicos y biológicos para asegurar que nuestro material esté listo para la entrega.....estéril.... solo el compromiso del personal y el trabajo en equipo nos hace salir adelante...”

TE5”....Yo soy técnico en enfermería, trabajo desde el año 1983.... sobre la dotación de personal de salud...realmente falta....siempre falta....está mal planificado, antes no era así, había mejor planeamiento Ahora no se considera la necesidad por tipo de servicio.... hay algunos que son de una atención compleja y especializada, hay otros con mucha demanda... y no hay el número necesario ni el tipo de personal.....pero que se puede hacer?... trabajamos hasta donde la fuerza nos da... una pena por los pacientes.”

Cabe destacar que aún con la triangulación de fuentes de información realizada, no logramos obtener información certera sobre la metodología utilizada para la determinación del tamaño de la fuerza laboral y la composición del empleo en el hospital en estudio. La revisión de la literatura sobre este punto precisa que una vez definidos los objetivos y funciones de una organización hospitalaria, la conformación de la dotación de personal tiene como propósito constituir el número de equipos de

trabajo necesarios con personas que reúnan las competencias y valores para asegurar que la institución pueda conseguir dichos objetivos. Sin embargo, los objetivos de las organizaciones no siempre están claramente definidos, los estudios de necesidades de servicios y de demanda de la población no están claros, los límites entre distintas instituciones son difusos, como es el caso del hospital en estudio, al ser de referencia nacional. Adicionalmente la historia y cultura institucional del HONADOMANI/SB ha determinado y muchas veces determina crecimientos poco armónicos, ya sea respondiendo a determinadas contingencias o intentando aprovechar una oportunidad de inversión.

La situación del tamaño de la fuerza laboral y su composición en el HONADOMANI/SB tiene importantes implicaciones para la gestión de la calidad del empleo, por la especificidad del trabajo en salud que según Dal Poz (Agosto 2000) es talento intensiva, especialmente apoyada en el empleo de profesionales (que implica como ética dominante, la de una amplia autonomía, contraria a los principios tradicionales de gerenciamiento), por lo que en la composición de costos el gasto en personal es muy alto. Otros aspectos de esta especificidad a considerar es el ejercicio del compromiso de los trabajadores con el alivio inmediato del dolor y la enfermedad, así como en el cuidado de los pacientes o la población, por lo que finalmente hace que el servicio de salud sea de alta repercusión social.

Este panorama de la fuerza laboral del hospital en estudio evidencia como se viene dimensionando esta problemática. Brito(2000) señala las dificultades existentes para el mejoramiento de la disponibilidad, distribución y flujos de la fuerza de trabajo en salud, (médicos, enfermeras, técnicos, médicos generalistas /especialistas, etc.) dada sus implicaciones en el status laboral y la carrera sanitaria e incide en la relevancia de estudiar el problema de la asignación no óptima de los recursos humanos en el sector. Por otro lado Dussault (Septiembre 2006) desde una perspectiva de salud pública centrada en la satisfacción de las necesidades de salud de la población precisa que la mayoría de los países de bajos ingresos experimentan escasez de personal de salud en todas las categorías ocupacionales.

Sin duda alguna la dotación y composición del empleo en salud, y particularmente, de un Hospital de referencia nacional es altamente complejo, no obstante es un punto de especial importancia en la gestión hospitalaria en general y de recursos humanos, en particular. Los hallazgos ponen a prueba la capacidad de los gestores del hospital para obtener el personal adecuado, distribuirlo con criterios de equidad, calidad y eficiencia; junto con el desarrollo de estrategias de mantenimiento del contingente de personal de salud, considerando el nivel de complejidad de la atención, el fortalecimiento y efectividad del hospital en estudio.

Por otro lado la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos del MINSA, tiene el importante desafío de impulsar y desarrollar metodologías y herramientas de planificación del personal de salud para los establecimientos de salud y/o instituciones como el Hospital en estudio, considerando las necesidades de la población a la cual se atiende, los requerimientos de acuerdo a los procesos de trabajo concreto y especializados que desarrolla el personal de salud y la fijación de “estándares” contra la cual comparar la disponibilidad actual, generados con la participación de expertos, especialistas, gestores, colegios profesionales, etc.; que permitan tener objetivos de largo plazo hacia donde ir conduciendo el proceso de dotación de personal (Barría, S., Contardo, N., Cervantes, R., Monasterio, H., Septiembre 2004). Ello implica, también, un análisis del personal de salud al interior de los servicios o unidades, buscando establecer la carga de trabajo relativa para los distintos tipos de personal, a fin de conocer su suficiencia para la realización de un número determinado de actividades.

4.3 Calidad del empleo en salud

En esta categoría empírica emergieron las siguientes dimensiones: condición laboral y protección social, régimen remunerativo, pluriempleo, jornada laboral y turnos de trabajo, condiciones de higiene y seguridad en el servicio, exposición a riesgos de trabajo, biológicos, ambientales (físicos, químicos y mecánicos), sicosociales y violencia en el trabajo.

Hallazgos coincidentes con Reinecke y Valenzuela (2000) que señalan que la calidad del empleo se puede definir como el conjunto de factores vinculados al trabajo que influyen en el bienestar económico, social, psíquico y de salud de los trabajadores. Asimismo con Farné (2003) que precisa que estos factores vinculados al trabajo deben ser la expresión de características objetivas, dictadas por la institucionalidad laboral y por normas de aceptación económica, social y política.

4.3.1 Condición laboral y protección social

La triangulación de fuentes realizada permitió evidenciar la condición laboral del personal de este Hospital (Cuadro N°10). Así, la condición laboral de personal nombrado (activo) según Decreto Legislativo 276 es mayoritario (61%). Norma legal que establece un conjunto de derechos laborales y protección social¹⁹ que se

19 DECRETO LEGISLATIVO N° 276 LEY DE BASES DE LA CARRERA ADMINISTRATIVA

Artículo 1°.- DEFINICIÓN. Carrera Administrativa es el conjunto de principios, normas y procesos que regulan el ingreso, los derechos y los deberes que corresponden a los servidores públicos que, con carácter estable prestan servicios de naturaleza permanente en la Administración Pública. Se expresa en una estructura que permite la ubicación de los servidores públicos, según calificaciones y méritos.

Artículo 2°.- SERVIDORES NO COMPRENDIDOS.- No están comprendidos en la Carrera administrativa los servidores públicos contratados, los funcionarios que desempeñan cargos políticos o de confianza, pero sí en las disposiciones de la presente Ley en lo que les sea aplicable. No están comprendidos en norma alguna de la presente Ley los miembros de las FFAA y de la PNP ni los trabajadores de las Empresas del Estado.

Artículo 18°.- CAPACITACIÓN.- Es deber de cada entidad establecer programas de capacitación para cada nivel de carrera y de acuerdo con las especialidades.

Artículo 24°.- DERECHOS.- Son derechos de los servidores de la carrera pública:

condicen con el concepto y las dimensiones del trabajo decente formulado por la OIT (a la que se agregan, un conjunto de incentivos consignados en el Reglamento de la Carrera Administrativa promulgado el 15 de enero de 1990, que amplían los beneficios del Decreto Legislativo 276).

Cabe mencionar que los Médicos Residentes (que constituye un 4%) se rigen por este mismo dispositivo (276) y por tanto goza de los mismos derechos, sin embargo su relación laboral es suigéneris, pues solo tiene vigencia por los 3 años que dura el tiempo de estudios de especialidad (Residencia Médica); concluidos los cuales se quedan sin trabajo.

Por otro lado existen otras formas de contratación a la mencionada en el párrafo precedente impulsadas en el marco de desregulación laboral que se inicio en el país en la década de los 90. Particularmente la del Contrato Administrativo de Servicios

-
- a) Hacer carrera pública en base al mérito, sin discriminación política, religiosa, económica, de raza o de sexo, ni de ninguna otra índole;
 - b) Gozar de estabilidad. Ningún servidor puede ser cesado ni destituido sino por causa prevista en la Ley de acuerdo al procedimiento establecido;
 - c) Percibir la remuneración que corresponde a su nivel, incluyendo las bonificaciones y beneficios que proceden conforme a Ley.
 - d) Gozar anualmente de treinta días de vacaciones remuneradas.
 - e) Hacer uso de permisos o licencias por causas justificadas o motivos personales.
 - f) Obtener préstamos administrativos, de acuerdo a las normas pertinentes;
 - g) Reincorporarse a la carrera pública al término del desempeño de cargos efectivos .
 - h) Ejercer docencia universitaria, sin ausentarse del servicio más de seis horas semanales;
 - i) Recibir menciones, distinciones y condecoraciones de acuerdo a los méritos personales
 - j) Reclamar ante las instancias y organismos... de las decisiones que afecte sus derechos;
 - k) Acumular a su tiempo de servicios hasta cuatro años por estudios universitarios...
 - l) No ser trasladado a entidad distinta sin su consentimiento;
 - ll) Constituir sindicatos con arreglo a ley;
 - m) Hacer uso de la huelga, en la forma que la ley determine;
 - n) Gozar al término de la carrera de pensión dentro del régimen que le corresponde.

Artículo 43°.- ESTRUCTURA DE LA REMUNERACIÓN.- La remuneración de los servidores estará constituida por el haber básico, las bonificaciones y los beneficios.

Artículo 44°: PROHIBICIÓN DE NEGOCIAR INCREMENTOS REMUNERATIVOS

Las Entidades Públicas están prohibidas de negociar con sus servidores... condiciones de trabajo o beneficios que impliquen incrementos en el Sistema Único de Remuneraciones.

Artículo 46°.- UNIDAD REMUNERATIVA PÚBLICA.- El haber básico de los servidores públicos se regula anualmente en proporción a la Unidad Remunerativa Pública (URP) y como un porcentaje de la misma. El monto de la URP será fijado por DS.

Artículo 54°.- SON BENEFICIOS de los funcionarios y servidores públicos:

- a) Asignación por cumplir 25 ó 30 años de servicios.
- b) Aguinaldos: Se otorgan en Fiestas Patrias y Navidad por el monto que se fije por DS.
- c) CTS: Se otorga al personal nombrado al momento del cese.

Artículo 55°.- REMUNERACIÓN DE HORAS EXTRAORDINARIAS.- Los trabajos que realice en exceso sobre su jornada ordinaria de trabajo serán remunerados.

CAS²⁰ que corresponde a un importante tercio del total de la fuerza laboral del Hospital (27%). En el Hospital de estudio también existe en una menor dimensión contrato por servicio de terceros (7%) y contratos por suplencia (1%). Todas las modalidades mencionadas, generadoras de importantes implicaciones para la calidad del empleo, por la desprotección laboral que conllevan.

**Cuadro N° 10. Total de personal y distribución por modalidad de contratación-
HONADONAMI/ SB 2009**

Distribución de Personal por modalidad de contratación	Nº de personal	Porcentaje
Nombrados Activos	818	61
Contrato Administrativo de Servicios	357	27
Contratos por suplencia	9	1
Residentes	58	4
Contrato por Terceros	89	7
Total	1331	

Fuente: BD Nacional RHUS 2009. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud MINSA

Algunas de las expresiones de los entrevistados que a continuación detallo se refieren a la problemática de su condición laboral.

D3(M): "...CAS, son los contratos por administración de servicios, es un nuevo régimen laboral que permite al trabajador que antes estaba por Servicios No Personales, adquirir algunos derechos, ellos reciben honorarios de la 4ta. Categoría pero tienen derecho a una prestación de salud, a un descanso físico de 15 días al año como vacaciones, y asimismo tiene la posibilidad de que parte de sus ingresos sean afectados a un fondo pensionable (AFP)..."

²⁰ Decreto Legislativo N° 1057 del 28 de Junio del 2008, que crea el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios (RECAS).

D4(M): "...Tenemos contratados por terceros los servicios de seguridad, vigilancia, limpieza, mantenimiento de equipos biomédicos y también servicios por terceros concesionados, como el servicio de mamografía computarizado. Se financian con recursos directamente recaudados.."

PM10: "...El contrato que tengo es con los beneficios de la Ley 276, pero mi contrato dura el tiempo que duran los estudios de especialización, en este caso para las residencias es de 3 años. Terminado ese tiempo, me quedo sin nada..."

PM 3: "mire soy médico nombrado 276 desde año 75, tengo 34 años de servicio.....pero las Leyes anuales del Presupuesto de la República desde hace décadas ha suspendido los concursos de promoción de la carrera pública....Igualmente hace muchos años no hay incremento de la unidad remunerativa pública...que remuneraciones tenemos?.....de que estamos hablando?.....que calidad de empleo es esta para quienes dedicamos la vida al cuidado de la población?....antes teníamos posibilidades de ascenso....ahora no hay ninguna...para que empeñarse?..."

PE5: "...soy contratada por CAS, tengo seguro social limitado y 15 días de descanso que no son vacaciones, a pesar que trabajo igual a un personal nombrado, esto es realmente atentatorio a los derechos humanos, del derecho al trabajo, que razón justifica este recorte en mis derechos, si trabajo igual o más que el personal nombrado?..."

PE 4: Hace 6 años, mi contrato laboral era por Servicios No Personales SNP, desde hace un año tengo contrato CAS. Como SNP no teníamos seguro social... pero este hospital nos daba atención cuando enfermábamos... también nos reconocían días de descanso médico y cada tres meses daban una semanita de descanso...pero era una decisión institucional, un acuerdo informal, no era parte de nuestro contrato, nos ayudaba y motivaba para que trabajemos bien... pero no teníamos seguridad social. Yo felicito esa iniciativa, porque que los SNP en otros hospitales no tenían ningún tipo de beneficio, sin embargo yo si.... doy gracias al Señor que llegué a este hospital en el que hubo Directores y una Jefa de enfermeras humanos.....pero esto debe formalizarse, no solo debe ser voluntad de directivos...el Estado no puede tener estos contratos sin protección social que nos afectan en nuestra autoestima, en nuestra salud, y en nuestra producción...".

PE9: “...En este Hospital trabajamos personal con títulos, grados, niveles y años de experiencia, muy diferentes, que lamentablemente no es tomado en cuenta, como hace varias décadas si se hacía..... hoy no sirve de nada, tenerlos, pues si los tienes no se reflejan en los niveles remunerativos.....no hay línea de carrera para el personal nombrado.... situación que es más grave actualmente con la existencia de los contratos CAS...”

TE 7: “...yo soy nombrado 276....claro en relación con los CAS tengo más beneficios... pero ustedes sabe desde cuando no hay concurso de promoción para hacer carrera?..... de que me sirve prepararme....si mi sueldo no varía desde hace años?eso desmotiva mucho ...el problema no es solo de los compañeros CAS..... es de todo los empleos en salud.....tenemos que hacer huelga para que nos den bolsa de víveres y otros beneficios, para de alguna manera suplir a los salarios injustos que tenemos....”

TE1”...Antes de tener el contrato de administración de servicios que ahora se llama CAS, tuve contrato por servicios no personal, con eso no tenía derecho a nada en absoluto, y en el momento que querían nos cortaban el contrato, nos renovaban mes a mes, en cambio ahora tenemos el CAS pero sigue siendo precario, si bien nos dan 15 días de descanso dicen, no son vacaciones y bueno nos han dado derecho a seguridad socialpero hasta cierto límite...”

De la agrupación de la información en esta categoría empírica emerge una visión común de precarización de su condición laboral que atenta contra la calidad del empleo en salud. Por un lado, el personal de salud comprendido en el D.L. 276, manifiesta insatisfacción con esta situación, particularmente por haberse congelado desde hace muchos años la aplicación de ciertos derechos dispuestos por esta norma. De otro, el personal con contratos CAS expresa que constituye una modalidad de precariedad laboral.

Cabe señalar que el grupo directivo menciona que esta modalidad de contrato ha “mejorado” en relación al anterior contrato por “Servicios No personales”, dando

lugar a protección social parcial, conforme establece este nuevo sistema de contrataciones ²¹, hallazgo coincidente con Arroyo(2009) que señala que el régimen laboral de CAS representa un viraje histórico del sistema de contratación pública, pues suprime la modalidad de contratos bajo la forma de Servicios No Personales y establece un tipo de contrato con duración, horario y actividades a realizar, estipulando la necesidad del registro ante ESSALUD y aportes al sistema provisional (antes los SNP no tenían cobertura de ESSALUD ni protección del sistema de pensiones).

Sin embargo, la perspectiva común del resto de personal es que el régimen laboral CAS sigue siendo precario, generador de inequidad, discriminación laboral remunerativa y atentatoria de la calidad del empleo en salud por carecer de una auténtica protección social. Generador también de tensiones en el equipo de trabajo, pues por el mismo cargo y responsabilidad en los diferentes servicios del hospital (con las mismas particularidades de riesgo para la vida y la salud de los trabajadores) tienen remuneraciones y beneficios sociales ostensiblemente diferenciados. El CAS es un régimen laboral flexible si bien no totalmente precario, pero plenamente discutible por que discrimina el derecho a beneficios sociales, protección social e incentivos, en contracorriente de la apuesta a la carrera sanitaria.

Tomando como base la caracterización de Beck (2000)²², la construcción del concepto de empleo precario se relacionan a su vez con otros elementos de inseguridad e incertidumbre que podrían vincularse con facilidad a la noción de “riesgo” lo que en una forma operativa, puede adoptar: a) una dimensión temporal de duración y continuidad del empleo), b) una dimensión económica como salarios o ingresos, c) una dimensión social, en tanto protección social y derechos laborales), y

²¹ IBID. Decreto Legislativo N° 1057.

²² Beck señala como elementos para caracterizar la precariedad del trabajo en la era de la globalización, a) El riesgo de inestabilidad, la inseguridad de las trayectorias laborales y de las perspectivas de promoción; b) El riesgo de percibir salarios bajos y caer debajo del umbral de la pobreza; c) El riesgo de exponerse a malas condiciones físicas y organizacionales del trabajo; d) El riesgo de tener una protección social insuficiente o de segundo nivel.

d) la dimensión de condiciones de trabajo. Dimensiones que son elementos que han estado presentes, de una u otra forma, en las políticas, normas y medidas de flexibilización laboral (particularmente del contrato CAS), adoptadas en los procesos de Reforma del Estado a lo largo de las últimas décadas en nuestro país y en el hospital en estudio que afectan inevitablemente la calidad del empleo en salud.

Para interpretar esta situación, nos referimos a Dal Poz (Agosto 2000) quien precisa que las peculiaridades de la reforma de salud se enlazan con las de las relaciones laborales orientadas hacia la flexibilización, la desconcentración y la desreglamentación; así, el rumbo predominante ha seguido, de hecho o de derecho, hacia la precarización del empleo a través de contratos de plazo determinado o sin protección social y la autonomización o individualización de las relaciones laborales, que se orientaron a ampliar el campo de acción de trabajadores por “cuenta propia” o autónomos o independientes; y reducir el campo típico de las relaciones de dependencia.

Igualmente a lo señalado por Bufalo(2006)sobre la implementación de las políticas de flexibilización laboral, quien sostiene que el verdadero objetivo de tales medidas ha sido reducir el poder de negociación colectiva de los trabajadores en un contexto en que el estancamiento de la productividad no hacía posible sostener la tasa de ganancia del capital y, a la vez, el ritmo de incremento del salario real, tal como se alcanzó en las dos décadas posteriores al fin de la Segunda Guerra Mundial. Constituyendo una solución fundamentalmente de carácter político que ha resuelto el problema distributivo a favor de los propietarios del capital y en contra de los trabajadores, favoreciendo, en consecuencia, el relanzamiento del proceso de acumulación a expensas de la precarización del empleo, una mayor pobreza, una distribución más desigual del ingreso y un grado mayor de exclusión.

En tal sentido, la situación de precariedad en la condición laboral percibida en el hospital en estudio responde a la situación general del empleo público que persiste mientras el Estado no resuelva el desafío de la nueva carrera pública, y sanitaria en particular, que ordene la forma de ingreso, la selección del personal y su

remuneración inicial, así como el final de la carrera, el retiro, cese o jubilación, estableciendo para la fase intermedia las normas de gestión del trabajo, ascensos y certificaciones, en perspectiva de un Estado mas inclusivo.

4.3.2 Régimen remunerativo

De la información agrupada en esta categoría empírica, hallamos que el promedio de remuneración de un médico es poco mas de S/. 4,000 soles, el de las enfermeras, S/. 2100 soles; y de los técnicos de enfermería, S/. 1,200 soles. Discriminado por condición laboral, se halla una diferencia de casi el 50% entre el promedio remunerativo de un personal de salud nombrado, frente al contratado CAS. Así, mientras un medico nombrado tiene una remuneración de S/. 4600 soles ; el médico contratado CAS es de S/. 2,800 soles. En el caso de las enfermeras nombradas su remuneración es de S/. 2,300 soles mientras que el de las de contrato CAS S/. 1578 soles. La situación remunerativa de los técnicos de enfermería es dramática, el promedio de remuneración del nombrado es S/. 1530 soles en tanto que el de los CAS es de 1,100 soles.

Algunas de las apreciaciones del personal de salud entrevistado que se detallan líneas abajo instruyen la situación hallada sobre las remuneraciones del personal de salud en el hospital en estudio.

D5(M) “...Sobre los salarios obedecemos a un sistema normativo de carácter general, tenemos una autonomía parcial, indicada por las normas que rigen los diferentes sistemas laborales. El Sistema de salarios y remuneraciones para el personal nombrado es establecido por el dispositivo 276...”

PM9: “...somos los médicos peores pagados en relación con otros países, percibo poco más de 4,000 soles.....a pesar que nuestros estudios son tan largos y sacrificados.... mucho más si nos especializamos con 3 años de estudios adicionales en que nos explotan, pues las jornadas de trabajo son extremadamente extensas por el mismo sueldo ... esto debe cambiar...”

PE7: “...Sumando lo del hospital mas docencia llego a 3,600 (solo en el Hospital no saco más de 2,300 soles) soles. Imagínese un poco mas de 1,000 dólares, con la carga que uno tiene de ser jefe de este servicio, demasiado trabajo, responsabilidad, todos los pacientes son pacientes críticos, sumado a la responsabilidad de hacer docencia...para sacar ese suma tan mísera..., realmente yo creo que nuestra remuneración debería ser revisada y replanteada por los decisores de políticas, esta situación no puede seguir.... es muy desmotivante.....uno se siente mal”

PE10: “ la inequidad salarial que hay con las enfermeras es inaceptable yo soy nombrada y saco algo más de 2,300 soles....hay privilegios salariales para determinada profesión, no se considera nuestro aporte en los diferentes servicios ni los años de experiencia ganados...toda mejora salarial ha sido fruto de nuestro reclamo gremial....lo que están haciendo actualmente con las Colegas con contrato CAS... es vergonzoso...cómo es posible qué el propio Estado use este tipo de contratos para maquillar remuneraciones precarias, injustas? Que se puede esperar de los privados....Hay que tener en cuenta que esta situación está creciendo cada día más y que es un problema social que tendrá que resolverse pronto..”

PE1: ”....Sin ningún descuento, solamente en bruto como decimos, incluyendo algunos beneficios como nombrada, bueno llegaré a los 2,300 soles, un sueldo muy bajo para las labores que desempeñamos. Eso nos obliga a tratar de buscar otros medios para poder sobrevivir, yo por ejemplo vendo cosméticos desde mi casa, algunas cosas, para agenciarme de algunos recursos, porque no me alcanza para mis necesidades básicas, ando estresada, desmotivada porque ni qué decir que yo pueda capacitarme, desarrollarme porque no me alcanza..... yo quisiera porque yo sé que necesito estar capacitada pero no puedo..”.

PE6: ”...Son enfermera CAS, en este servicio tengo las mismas responsabilidades que una colega nombrada y mi sueldo bruto sin descuento es de S/. 1,518 soles... esta modalidad de CAS encubre una precarización de mi trabajo...no tengo derecho a ningún beneficio remunerativo ni asignaciones que reciben los nombrados....haciendo el mismo trabajo y con la responsabilidad de atender pacientes....que empleo es este?...”

TE9: "...Soy Técnico de Enfermería con 26 años de servicio....mi remuneración es de S/. 1600 soles.... puede creer eso?toda una vida trabajando en atención directa al paciente y recibo esa mi seriay eso que allí están incluidos algunos beneficios que da el DL 276.....no me alcanza siquiera para cubrir la canasta básica..... si no fuera por la ayuda de mis hijos que tienen que buscárselas para contribuir al gasto familiar.....pero que hago...si renuncio es peor, no hay trabajo.... solo me aferro a Dios para que me de salud...."

TE2: "... Soy CAS....Total, total, bruto como decimos nosotros sin ningún descuento llegaré a 1,250 soles, mi sueldo es muy bajo, realmente con ese dinero yo tengo que pagar alquiler de casa, ayudar en la educación de mis hijos, cubrir mis necesidades de pasajes, ayudar en la alimentación, vestido....no alcanza.... no alcanza....eso hace que yo viva endeudada Realmente, ojala que esto que usted está recogiendo sirva para que cambie esta situación...."

TE6: "... Tengo 7 años trabajando en este hospital, primero tuve Contrato por Servicios No personales, ahora soy CAS y gano en total sin ningún descuento S/. 1,120 soles....lo puede creer?casi como una empleada doméstica o un vendedor ambulante....a veces quisiera renunciar.....pero por necesidad me mantengo.... qué clase de estado es este que da pagos indignos, miserables por el trabajo que hacemos en la atención de pacientes?.... que no alcanza para la canasta básica que esta mas de 1,500 soles..... que calidad de empleo puedo tener con ese sueldo?...."

En el Hospital de estudio, las remuneraciones y el nivel remunerativo del personal de salud se rigen por los dispositivos legales vigentes para el sector público. En el caso de los profesionales de la salud, se aplica también leyes específicas del grupo profesional. La estructura remunerativa contiene una serie de conceptos, en su mayoría de carácter "variable", incluyendo la remuneración básica, que es mínima. El DL 276 establece un Sistema Único de Remuneraciones para todo el sector público, con un régimen que comprende: a) el haber básico; b) las bonificaciones: personal, familiar y diferencial por responsabilidad directiva y condiciones de trabajo

excepcional; y c) los beneficios: por 25 y 30 años de servicios, aguinaldos, vacaciones y CTS; los cuales son aplicados para el personal nombrado, el mismo que, adicionalmente, recibe una bolsa de víveres equivalente a 300.00 soles mensuales, una bonificación por alimentación de S/. 158 nuevos soles mensuales y, asimismo, el pago por horas de productividad; conceptos que no forman parte de la estructura salarial.

Cabe mencionar que si bien el Decreto Legislativo 276 organizó el campo de trabajo público con una carrera administrativa estructurada en tres Grupos Ocupacionales (profesional, técnico y auxiliar) y 14 niveles remunerativos que se establecían al interior de los grupos, así como el ingreso a la carrera pública mediante concurso y previo cumplimiento de los requisitos del cargo; la visión común es que por disposiciones gubernamentales de orden político, desde hace mas de 02 décadas, no se vienen cumpliendo.

La percepción común encontrada es que el ingreso promedio mensual del personal nombrado es ostensiblemente mayor frente al personal contratado, particularmente por modalidad CAS; no obstante, que desarrollan el mismo proceso de trabajo y, más aún, que esta flexibilización del régimen laboral y remunerativa se acompaña de cierto endurecimiento de los procesos de trabajo, dada la demanda existente en el HONADOMANI/SB; situación que incide indiscutiblemente en la calidad del empleo y deviene en su insatisfacción y desmotivación. Cabe destacar las evidencias obtenidas en el registro de campo en relación a la valoración salarial extremadamente baja del Estado al grupo profesional de enfermeras, a pesar del reconocimiento a sus potencialidades y valor agregado en funciones de cuidado directo de pacientes, prevención de enfermedad – promoción de salud y gestión de diferentes servicios de este hospital. Situación similar en el caso de los Técnicos de enfermería, que si bien tienen menor calificación, forman parte importante del equipo de salud en los diferentes servicios.

Parra(2003) señala que en las relaciones de trabajo, un factor determinante de su calidad, es la forma y el nivel de salarios. Los bajos salarios, además de producir

descontento y poca adhesión al trabajo, inducen al trabajador a prolongar su jornada en horas extra que resultan en fatiga y menor capacidad de responder a eventualidades. Además limitan el acceso a bienes que mantienen o mejoran su calidad de vida. La teoría sobre la calidad del empleo señala que las remuneraciones son consideradas un factor muy apreciado por los trabajadores en la caracterización de su calidad. En nuestra perspectiva, un trabajo bien remunerado es siempre preferible a otro igual, pero menos remunerado, porque con estos mayores ingresos el individuo puede alcanzar un más alto nivel de bienestar, motiva su adhesión institucional y favorece su desempeño laboral.

La situación encontrada de salarios bajos y más aún inequidad salarial entre el personal nombrado y el personal contratado por modalidad CAS no obstante que desarrollan el mismo proceso de trabajo, se explica en la concepción del Estado mínimo que se impuso en la década de los 90 (Arroyo, J., Echegaray, C., 2009), cuyo dogma fue revertir el modelo burocrático, poniendo en marcha un nuevo modelo de personal en el Estado, sin carrera pública y con un régimen de remuneraciones dual, congelado para los nombrados, discrecional y sin relación laboral para los contratados, con flexibilización del empleo público y congelamiento de la carrera administrativa. Este modelo privatista de la década de los 90 se insertó en las viejas estructuras del sector salud y culturas organizacionales tradicionales, dando lugar a una nueva situación mixta: por un lado de desestabilización del régimen laboral burocrático, desinstitucionalización de lo poco avanzado en la regulación de los recursos humanos con el DL 276; y por otro lado de instalación del régimen flexible con incentivos que no reemplazan necesariamente al anterior, dando lugar a que el modelo clientelar se reinstale como dominante a fines de los 90, si bien es cierto con fuertes elementos gerenciales.

Igualmente, porque la política de los 90 con su énfasis en el tema de los contratos, no integró el tema de las profesiones de salud y sus carreras específicas. La administración pública no entendió nunca la particularidad de salud. Evidencia de ello es que la Ley del Trabajo Médico de Junio de 1990 quedó sin reglamentación durante 10 años (hasta el 2001) y nunca se abordaron las carreras de las profesiones

de salud. Terminado el régimen fujimorista se dio lugar a una importante producción de leyes de profesionales de la salud, de manera tal que todo el quinquenio 2001-2006 se dio lugar a la dación de diferentes Leyes de trabajo específicas, impulsada primero por los médicos, y posteriormente por las demás profesiones de salud (Arroyo, J., Echegaray, C., 2009) .

4.3.3 Pluriempleo

En esta categoría empírica la autora agrupó las informaciones que revelan cuántos puestos de trabajo o cargos desempeñan los entrevistados, cuál es la dimensión y su motivación. Se halló que la totalidad de los técnicos de enfermería entrevistados tienen 01 sólo empleo: el del hospital, a diferencia del personal médico (2) y de las enfermeras (4). El hallazgo de situación de pluriempleo (desempeño de 2 o 3 puestos de trabajo) es mayoritaria para el caso de los médicos (8) y en las enfermeras (6). Cabe mencionar que estos profesionales detallan que generalmente la relación laboral con las otras instituciones es por un tiempo determinado sin beneficios sociales o que no se formaliza, dando lugar a un pago directo por la prestación de trabajo de guardia contra la emisión de recibo por honorarios profesional, es decir, con ausencia total de protección social en el trabajo, situación que deriva en desmotivación y poca adhesión institucional. Los testimonios que siguen ilustran estos hallazgos.

D6(M): ... El “reemplazo” ocurre y tengo conocimiento. Es una práctica usual que tenemos y se hace con conocimiento de la Jefe de servicio [...]. Los reemplazantes son personas de la misma categoría ocupacional que se agencian de recursos adicionales...generalmente de contrato CAS y no mayores, sustituyen en determinados turnos, guardias nocturnas, diurnas, domingos o feriados.....a los que por cualquier motivo justificado no pueden trabajar su turno programado, quienes les pagan directamente. Desde el punto de vista legal es un problema serio, verdad?.....Legalmente, si sucede algún incidente serio, quien se hace responsable?..... la persona que reemplazó? o la que está programada realmente?gracias a Dios aún no hemos tenido problemas”

TE3: “...yo soy contratado CAS....tengo solo el empleo de este Hospital.....no trabajo en otra institución, porque hay oportunidades de hacer reemplazos.....generalmente en turnos de guardia diurna , nocturna, feriados y domingos....Aquí como sea ya me conoceny me siento más segura”

TE10: “..., tengo más de 20 años de servicios, soy nombrada 276....de alguna manera mi sueldo se complementa con la bolsa de víveres y la asignación por productividad.....Por otro lado estoy medio enferma, por eso trabajo solo en el hospital... gano algunos recursos adicionales vendiendo cosméticos....no es mucho, pero me ayuda...”

PE4 “...Soy enfermera nombrada con algo más de 15 años de servicio.....tengo algunos beneficios que me ayudan a paliar el sueldo tan bajo que tengo y además estoy haciendo un Post Grado....no tengo tiempo para tener otro trabajo.....gracias al apoyo de mi esposo es que puedo mantenerme así....ruego a Dios que el siga teniendo ingresos ...porque si no tendría que dejar de estudiar y buscar otro trabajo..”

PE8:” trabajo en 2 sitios, en el Hospital y en una Clínica...es matador....pero que hago? ...soy contratada CAS....no tengo mayores beneficio, no tenemos derecho a bolsa de víveres, ni ningún incentivonuestra remuneración es bajísima....por ello a veces me sienta fatigada...espero no enfermar”...

PE10”..Cuando estudie Enfermería no tenía idea del ingreso promedio como Contratada CASes una situación indignante.....no solo son las condiciones laborales del trabajo, si no el verme obligada a trabajar, como Docente (con la responsabilidad que conlleva) y también en un Policlínico.... sólo así puedo alcanzar un nivel de ingresos acorde a nuestras necesidades básicas y profesionales...”

PM4 “Definitivamente tener varios trabajos es parte de la historia del ejercicio de la profesión médica, tengo más de 20 años de servicio...nosotros de alguna manera tenemos que desarrollar otros trabajos al del sector público porque en el Perú, la remuneración médica no responde a la preparación que requiere el ser médico,

nosotros para trabajar en un hospital especializado como este, tenemos que estudiar 12 años, porque si uno no es especialista no tiene cabida.... y para llegar a tener Título de especialista después de los 8 años de la carrera profesional tienes que estudiar 3 más de especialidad, a los que le agregas 01 año de SERUMS (servicio obligatorio para trabajar en servicios públicos), en total son 12 años!!!. Después de 12 años de estudios, que recibes?..... una remuneración que no tiene mayor diferencia con otras profesiones de la salud, a pesar del status académico y científico....por ello se ve obligado a buscar de alguna manera, otras opciones laborales en la actividad privada, o actividad docente universitaria, asesorías en laboratorios, profesores en academias superiores, etc..... ese hecho es parte de la historia de los médicos..... siempre tienen otros trabajos, con jornadas laborales extenuantes y sacrificadas para tener y dar determinado status social a nuestras familia...”

PM8 “...Tengo 7 años de servicio, mire trabajo aquí y también hago docencia universitaria para alumnos de medicina....aparte también trabajo en una clínica de Monterrico.....en realidad esa actividad es la más rentable....pero llego a mi casa cerca de las 10 de la noche...extenuado.....no comparto como debe ser con mis hijos y esposa.....ellos entienden que para poder darles calidad de vida, tengo que sacrificarme mucho...pero esta situación debe cambiar”

En el trabajo de campo, pudimos registrar que en el mismo hospital hay otros medios adicionales al empleo principal, denominados trabajo extra, adicional, o “reemplazos por trato directo” (término citado por los entrevistados), para sustituir a compañeros en sus jornadas de trabajo programadas, por cualquier eventualidad, que hace que no puede asistir en la fecha y turno programados en el servicio y pagan a algún colega para substituirlo. El monto pagado se trata directamente, es por cada turno y varía según el día de la semana.

Igualmente, se pudo constatar que para la sustitución de turnos siempre hay personal disponible, dejando de lado a menudo sus propios días libres, vacaciones y/ o su derecho a licencias. Así, el reemplazo en el puesto de trabajo es una más de las deformaciones que se da al interior del estado, que además de quebrar la institucionalidad del empleo público y su calidad, tiene cuestionamientos legales y éticos para su existencia, para los servidores en su relación con la cosa pública y con sus compañeros de trabajo. De hecho, cualquier forma adoptada por los trabajadores

para mantener un nivel salarial superior al que tiene en su empleo con el Estado, invariablemente, implica aumento de la jornada de trabajo. Cabe anotar que, en nuestra relación con los trabajadores entrevistados, apreciamos expresiones que denotan interés en el abordaje del tema entre ellos con sus corporaciones y con los directivos.

Sobre las razones o motivaciones de la inserción en otros contratos de empleo, que emergieron en las entrevistas realizadas, podemos afirmar que son diversas, pero inciden reiterativamente en que constituye una de las salidas buscadas por los servidores por superar la pérdida de poder adquisitivo de sus salarios frente a los costos de sus necesidades básicas y también para tratar de alcanzar un nivel de vida y status social acorde a sus expectativas.

Sobre esta situación Brito y otros (Brito P. L., 1990) precisan que un rasgo importante detectado en América Latina se refiere al pluriempleo, en especial en la Argentina, Brasil, Uruguay, Perú y, en menor medida, Chile. En el caso de Perú, un estudio detectó que el 71% del personal médico tiene dos o más relaciones laborales. Tendencia que se está extendiendo considerablemente, lo que articulado a diferentes causas facilita el pluriempleo: por un lado, el aumento del trabajo a tiempo parcial; de otra parte, la sistemática baja en las remuneraciones promueve la obtención de ingresos de distintas fuentes para complementarlas, en respuesta a sus necesidades. Brito señala también que el desarrollo de un mercado “dual (público-privado)” de trabajo médico posibilita combinar salarios y condiciones de trabajo del sector privado con la protección social y otros beneficios en el sector público (aunque que tengan bajos salarios).

Los hallazgos sobre la existencia de pluriempleo en el hospital en estudio son interpretados aludiendo a García Prado (2006), quien precisa como elementos que influyen en la decisión del pluriempleo de los profesionales sanitarios: -) complementariedad en los ingresos que opera a través de una práctica dual (público-privada) que por el lado del sector público proporcionaría cierta estabilidad laboral (con ingresos no muy altos) y por el otro, la práctica privada ofrecería ingresos más

altos (aunque variables), que complementan los del sector público; -) beneficios no monetarios, considerando que, mientras uno de los trabajos es la fuente principal de los ingresos, el otro puede proporcionar beneficios no monetarios tales como mejoras en la formación, establecer contactos profesionales o el obtener reconocimiento y prestigio profesional; y -) oportunidades de acceso al manejo de nuevas y mejores tecnologías y recursos que no tendrían si solamente trabajasen en el sector público.

4.3.4 Jornada laboral /Turnos de trabajo

Una de las variables de la calidad del empleo es el número de horas de trabajo que posibilitan la salud física y mental de los trabajadores y la calidad de vida personal y de sus familiares, Reinecke y Valenzuela (2000). En esta categoría empírica, se agrupó las informaciones que permitieron dimensionar la jornada de trabajo, los turnos y cuál es la motivación para el aumento de la jornada de trabajo.

De la información de fuentes secundarias, se halló que, según dispositivos legales vigentes en el HONADOMANI/SB, el personal debe trabajar 150 horas mensuales o 36 horas semanales, distribuidas en turnos de mañana tarde y guardia de 12 horas para el personal asistencial. A ello se suma la programación de horas por productividad / que da lugar a la Asignación Extraordinaria por Trabajo Asistencial AETA, otorgada al profesional de la salud que realiza exclusivamente labores asistenciales, hasta un tope de 22 días de acuerdo a la necesidad del servicio y a la disponibilidad presupuestal (este pago no es de naturaleza remunerativa, ni pensionable y no constituyen base de cálculo para los incrementos de Ley). Las expresiones de los entrevistados, que a continuación siguen, grafican la realidad de la jornada laboral y los turnos de trabajo.

PE10 “... Soy nombrada....calculemos, lunes 6, martes hago guardias de 12 de día, miércoles guardias de 12 de noche, descanso jueves, viernes y sábado y el domingo vuelvo hacer una guardia diurna de 12.....no menos de 42 horas semanales.... Debería ser 150 horas al mes, más 12 horas de productividad, en total 162 horas por mes....pero es agotador...extenuante...esto lo hacemos para poder subir nuestras remuneraciones, es una manera de que podamos tener algo mas, sino es una miseria...es para mejorar nuestra calidad de vida.”

PE8: “...mire como CAS me programan 36 hrs a la semana, incluyendo turnos de mañana, tarde y noche...pero en mis días de descanso yo hago no menos de 2 reemplazos de 12 hrs, sea de noche o en días feriados o domingos...en total mínimo 60 hrs semanales....A veces

ya me siento cansada y reniego de esta situación....siento que a nadie le preocupa esta situación, que no es solo mía, no se toma en cuenta que no estamos en una fabrica si no que tratamos con personas y que trabajar tantas horas nos afecta”

PE3: “...para mí, la intensidad del trabajo en los tiempos asignados cuando hacemos guardias es extenuante, ud. Puede verificar que nuna son las 6 hrs programadas, simere damos 1 o 2 hrs. Mas sin reconocimiento alguno....soy consciente que trabajo en servicios de especialidad, pero realmente la jornada es agotadora...”

PM6: “...Bueno, las actividades de un médico asistencial son labores de consulta externa, hospitalización, cirugía, guardias diurnas y nocturnas, que las desempeñamos según la programación del servicio, aparte de las horas de mi actividad privada...trabajo entre 44 a 50 horas semanales..”

PM7. “.....horas trabajadas?... 72 horas a la semana (de Lunes a Sábado), pues son 12 diarias, incluyendo las horas del hospital, las horas de docencia de pre grado y las horas que presto en la Clínica particular....es muy duro...extenuante...pero no hay otra forma....para tener un nivel mínimo de calidad de vida”

PM9: En mi Servicio se nos asigna demasiados pacientes para su atención.... la jornada de trabajo es extenuante y no permite tener un buen desempeño... es imposible ...”

TE10 “....las jornadas de trabajo más que extensas (aunque siempre nos pasamos 1 o 2 hrs de lo programado),son intensas, siempre salimos agotadas, extenuadas con el trabajo, realmente uno sale a su casa, uno se va tan cansada... que el cuerpo ya no da más....por ello la vida familiar también se trastoca...”

TE8: "... diariamente sería de 12 a 15 horas, el único día que se descansa es el domingo...no tenemos otra alternativa...es la única manera de dar calidad de vida a nuestra familia..."

TE: "...Los turnos de trabajo en el unidades críticas, son inadecuados por el cansancio y stress que produce el trabajar en esta área..."

De la agrupación de la información obtenida sobre esta categoría empírica, se encuentra que el promedio general de horas de trabajo semanales en el Hospital es de 44 horas. Los médicos evidencian mayor número de horas de trabajo semanal (48 horas) en relación a las enfermeras (42 horas) y los técnicos de enfermería (39 horas). Analizando, por condición laboral, encontramos que en el hospital de estudio los médicos y enfermeras nombrados trabajan 42 horas semanales promedio y los técnicos de enfermería 47 hrs. Situación que difiere en el caso de los contratados CAS, así aumenta ostensiblemente en el caso de los médicos, que suben a una jornada de 62 horas / semana. Las enfermeras a 48 Horas / semana., mientras que en los técnicos de Enfermería se encontró una jornada laboral de 36 horas / semana (establecidas por Ley).

Analizando el promedio de horas trabajadas por semana, y considerando otros puestos de trabajo, el hallazgo de horas semanales promedio es de 68 en los médicos y de 63 en las enfermeras. Situación alarmante, puesto que conlleva una sobrecarga laboral con implicaciones directas en la salud de los trabajadores y en su desempeño en los servicios de salud en los que, cabe subrayar, se interactúa con seres humanos.

El registro del trabajo de campo da cuenta también de expresiones insatisfactorias, respecto a la necesidad de turnos adicionales del personal nombrado para acceder a la Asignación Extraordinaria por Trabajo Asistencial (AETA) ó productividad, con lo cual incrementan su salario. En el caso del personal CAS, su insatisfacción y reclamo por tener que desarrollar extensión en las horas de trabajo programadas, por el tipo de servicio que se brinda y que no son reconocidas remunerativamente, igualmente,

por tener que buscar y hacer reemplazos tratados directamente con sus colegas para complementar sus ingresos salariales, ; sin embargo, en ningún caso tienen derecho a algún incentivo, menos al de la AETA.

Sobre los turnos desarrollados, hallamos que la mitad del personal entrevistado trabaja en turnos diurnos y la otra mitad en turnos rotativos de mañana, tarde y guardias nocturnas incluyendo feriados y domingos. La rotación por diferentes horarios es propia de la especificidad del trabajo en salud, constituyendo un hecho prevalente de importantes implicaciones para las condiciones particulares en la calidad del empleo, pues sin duda, el trabajo nocturno es diferente del trabajo de día.

En relación con estos hallazgos, hay evidencia de una sobrecarga laboral que incide directamente en la salud de los trabajadores y en su posible desempeño en los servicios en los que trabaja a pesar que las normas legales vigentes del país disponen una jornada laboral en salud de 36 hrs semanales. Sobre este punto Bach(2000) señala que en Europa una semana de trabajo estándar para el personal de servicios de salud comprende entre 35 y 39 horas, cifras que no reflejarían las horas reales trabajadas, pues estas varían según la ocupación y el grado en que la intensidad del trabajo del personal de los servicios de salud se da. Es un hecho que la dependencia de pacientes post operados o neonatales hospitalizados crea presiones adicionales sobre el personal que los atiende; a lo que habría que añadir un factor que intensifica el trabajo del personal de salud: su escasez, situación que se pudo observar en el hospital en estudio.

Para Parra (2003), una jornada extensa (o un ritmo acelerado) puede resultar en fatiga del trabajador que, por tanto, está expuesto a una mayor probabilidad de accidentarse. De la misma forma, los excesivos niveles de supervisión y vigilancia pueden terminar por desconcentrar al trabajador de su tarea. Un trabajo intenso demanda mayor esfuerzo respiratorio que implica mayor probabilidad de aspirar sustancias tóxicas. Igualmente, una gran cantidad de horas trabajadas implica un tiempo prolongado de exposición a algún riesgo que esté presente en el lugar de trabajo (ruido, vibraciones y esfuerzo físico). El horario en que se desarrolla la

jornada influye también en las capacidades de respuesta a eventos imprevistos y de tolerancia a agentes nocivos. La cantidad de horas trabajadas le resta horas al tiempo de descanso, el cual no sólo sirve para recuperarse del esfuerzo físico producido en el trabajo, sino también, para destinarlo a la vida familiar, a los intereses individuales, a las actividades sociales. De la misma manera el trabajo nocturno (que incluye horas de medianoche y madrugada, fuera de las horas normales de luz diurna), altera la fisiología normal del organismo, no se da una adaptación, ni siquiera en los trabajadores nocturnos permanentes. Las experiencias muestran que los que hace turnos de noche y/o madrugadas enfrentan problemas para tener una vida social y familiar adecuada: se afecta el tiempo disponible para dormir de día después de un turno de noche, se reduce el tiempo disponible para actividades recreativas y sociales y se reduce la cantidad de fines de semana libres (Parra, 2003).

Messenger J., y otros, (2007) en un estudio para OIT sobre las horas de trabajo en 50 países²³, por primera vez analiza la manera en que se ven influenciadas las políticas relacionadas con la duración de la jornada en países en desarrollo y en transición, donde se detectaron tendencias muy diversas, incluyendo individuos que tienen jornadas muy extensas, y otros que trabajan pocas horas. En lo que se refiere a los países donde se registra la mayor incidencia de jornadas laborales extensas en 2004 - 2005 (con más de 48 horas a la semana), Perú encabezó la lista con 50,9 % de los trabajadores, seguido por la República de Corea con 49,5 %, Tailandia con 46,7 % y Pakistán con 44,4 %. En los países desarrollados, donde las jornadas laborales suelen durar menos, esta proporción fue de 25,7 % en Reino Unido, 25,5 % en Israel, 20,4 % en Australia, 19,2 % en Suiza, y 18,1 % en Estados Unidos.

La situación encontrada en el hospital en estudio, acerca de sobrecarga laboral en la jornada y turnos de trabajo con implicaciones directas en la salud de los trabajadores y en su desempeño en los servicios de salud, en los que cabe subrayar se interactúa con seres humanos, es interpretada en términos de un débil rol rector del MINSA, pues, a pesar de existir leyes y políticas que norman la jornada laboral, hay una

²³Estudio sobre temas globales del tiempo de trabajo, incluyendo leyes y políticas nacionales, tendencias de las horas de trabajo, características específicas de los diferentes sectores económicos y de las diferentes profesiones, así como también las implicaciones que tienen las políticas sobre el tiempo de trabajo.

aplicación limitada en la duración real de la jornada laboral en el hospital y; por el contrario, hay uso extendido de las llamadas horas de productividad (AETAS) como mecanismo para aumentar la “producción del personal de salud”.

Asimismo, denotaría debilidades en la gestión de recursos humanos en salud al no darle importancia a esta categoría en tanto un número excesivo de horas de trabajo afecta la calidad del empleo y el desempeño del personal, así como la salud física y mental de los trabajadores y consecuentemente la calidad de vida personal y de sus familiares (Reinecke, G. y Valenzuela, M.E., 2000).

4.3.5 Condiciones de Higiene y Seguridad

Otra de las categorías empíricas relacionadas con la calidad del empleo que encontramos, es las condiciones de higiene y seguridad en el ambiente de trabajo. A los entrevistados se les hizo la siguiente pregunta: En términos generales ¿cómo aprecia las condiciones de higiene y seguridad del Servicio donde se desempeña? Al agrupar sus repuestas encontramos que la mitad lo califica como regular, existiendo un grupo minoritario que lo califica como malo (5%) y menos de la mitad lo califica como buena (45%). Sin embargo, mayoritariamente, expresan contar con elementos personales de seguridad para realizar sus actividades.

Algunas de las apreciaciones del personal entrevistado, ilustran la situación en esta categoría empírica:

PM2: "...Desde el 2005 ingrese como SNP, hacer un par de años pase a la modalidad CAS.

Me trabajo en consulta externa, servicio de hospitalización y

guardias....las ccondiciones de higiene y seguridad son

no sé qué decirle....yo diría que son de regular para malas.....el principal

problema es el hacinamiento y un acondicionamiento de servicios que

no cumple las normas establecidas....ello incide en el desempeño

y en nuestra calidad de trabajo..."

PM5: “....recientemente hay más atención a las condiciones de Higiene y Seguridad
...sin duda ha mejorado....pero falta muchísimos...la infraestructura no
ayuda.....falta mucho por hacer....esto es urgente, no podemos
continuar como estamos!....”

PE1: “...no tengo mayor conocimiento sobre como es la institucionalización
de medidas de higiene y seguridad....las que cotidianamente usamos
(guantes, mascararas, gorros, lavado de manos etc.) los hacemos creo yo,
por formación e iniciativa personal y por algunas otras medidas esporádicas
impulsadas por el servicio de Epidemiología y, últimamente con mayor
atención a raíz de la pandemia de Gripe H1N1, se usan frecuentemente ..”

PE7:” ...en Sala de Operaciones la higiene por el tipo de servicio es más
o menos aceptable (es difícil por ser ambientes muy antiguos), pero las
condiciones de seguridad son malas.....la toxicidad de los anestésicos
impacta mucho n el personal y no hay un buen sistema de ventilación...
lo evidente es que no hay atención necesaria a las
condiciones de higiene y seguridad

PE9:” ...las condiciones de higiene y seguridad del Servicio de Emergencia
las calificaría de regular para malo.... Este es un ambiente acondicionado....
hay hacinamiento....mire Ud. como están expuestas las tuberías
y conexiones.....observe los ambiente que tenemos tanto para los pacientes
como para el personal de salud.....es preocupante verdad?...”

TE3: “....Si bien las condiciones de Higiene y Seguridad ha mejorado
en los últimos años, aún falta mucho!!!....hay mucho por hacer....
aun hay problemas con los servicios higiénicos para el personal y los pacientes!!!....igual
con las señalizaciones de las salidas de emergencia,
entre otras cosas....Ojala que este Director cumpla con sus promesas....”

TE8”...soy contratado CAS....no tengo mayores derechos laborales, pero en salud creo que es muy importante mantener condiciones de higiene y seguridad, no solo para el personal, sino para los pacientes, pero mire este servicio de consulta externa.....el hacinamiento y la ubicación de los consultorios es ...deprimente... que seguridad e higiene se puede mantener así?....los servicios higiénicos son antiguos ... las redes de agua y desagüe también.....bueno hay promesas de cambio.....esperemos que sea pronto...”

En el trabajo de campo se pudo registrar evidencias de que las condiciones de higiene y seguridad en el hospital no son aún suficientemente atendidas, existiendo medidas reactivas a contingencias. Ello aunado a la carencia de suministros básicos, mantenimiento de equipos y escasez de personal caracterizan las condiciones de trabajo del hospital en estudio. Cabe destacar que uno de los principales factores percibidos son las condiciones de la infraestructura antigua y el hacinamiento en los ambientes de trabajo. Situación que no se condice con lo señalado por la normatividad nacional vigente y por el 45° Consejo Directivo de la OPS (2004) que institucionalizó la estrategia de promoción de la salud de los trabajadores del sector salud y su alcance intersectorial, para la elaboración de políticas públicas capaces de generar calidad de vida en los trabajadores de salud 24.

Para Parra (2003), la Salud laboral busca el máximo bienestar posible en el trabajo, tanto en la realización misma del proceso de trabajo como en las consecuencias de éste, en todos los planos, físico, mental y social. Considera que la salud laboral es en primer lugar una preocupación y responsabilidad de las propias personas involucradas en el proceso de trabajo, vale decir, de los decisores, trabajador@s, y empleadores, “No es ético que las personas malogren su salud y su vida, intentando ganarse la vida.” En el mismo sentido, Di Florio (2006) precisa que la higiene laboral es una ciencia (conocimientos y técnicas) dedicada a reconocer, evaluar y controlar aquellos factores del ambiente, psicológicos o tensionales que provienen del trabajo y pueden causar enfermedades o deteriorar la salud. Incluye conjunto de

24 OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 45° Consejo Directivo. Decisión propuesta por el Relator. Washington, D.C., EUA 27 de septiembre/ 1 de octubre 2004.

normas y procedimientos tendientes a la protección de la integridad física y mental del trabajador, preservándolo de los riesgos de salud inherentes a las tareas de su proceso de trabajo y al ambiente físico donde se ejecutan. La Higiene y Seguridad en el Trabajo tiene un marco legal regulatorio a cumplir. Entre sus objetivos se destacan:

- Eliminar las causas de las enfermedades profesionales.
- Reducir los efectos perjudiciales provocados por el trabajo en personas enfermas o portadoras de defectos físicos.
- Prevenir el empeoramiento de enfermedades y/o lesiones.
- Mantener la salud de los trabajadores.
- Aumentar la productividad por medio del control del ambiente de trabajo.
- Supervisar las instalaciones sanitarias y otras instalaciones puestas a disposición de los trabajadores por el empleador, tales como suministro de agua potable, servicios higiénicos y alojamiento, alimentación, entre otros.

En la Declaración de Seúl(OIT - AISS - KOSHA, Junio 2008), se afirma que la seguridad y salud en el trabajo debe ser reconocida como un derecho humano fundamental y que la globalización debe ir acompañada de medidas preventivas para garantizar un entorno de trabajo seguro y saludable. Asimismo, que la promoción de altos niveles de seguridad y salud en el trabajo es responsabilidad de la sociedad en su conjunto y que todos los miembros de la sociedad deben contribuir a alcanzar este objetivo, garantizando que los planes nacionales concedan prioridad a la seguridad y salud en el trabajo, así como al establecimiento y fomento de una cultura nacional de prevención en esta materia en la que el Estado, los empleadores y los trabajadores participan activamente en iniciativas destinadas a garantizar un medio ambiente de trabajo seguro y saludable mediante un sistema de derechos, responsabilidades y deberes bien definidos, y en la que se concede la máxima prioridad al principio de prevención.

El Núcleo de Estudios de Salud Colectiva de la Universidad federal de Minas Gerais de Brasil (NESCON, 2008), en su argumentación del porque la salud de los

trabajadores se configura como un campo de acción de las Naciones Unidas, precisa que las condiciones de trabajo se refieren a las circunstancias en las que el trabajo se realiza, por lo que su análisis se refieren a la exposición a riesgos físicos, químicos, mecánicos (que provocan accidentes y demandan esfuerzos músculo esqueléticos intensos) y biológicos. Se apuntan como agravantes de la exposición a los riesgos, los efectos de los factores relacionados con el sistema técnico – organizacional del trabajo que da lugar a una sobredemanda de las capacidades humanas en el trabajo en salud.

Los hallazgos sobre la situación de las condiciones de higiene y seguridad del trabajo en el hospital de estudio, calificada como regular mayoritariamente, se explican por un lado como consecuencia de las restricciones presupuestales del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud, que inciden negativamente en el desarrollo de las intervenciones necesarias; a pesar de considerarse un factor determinante de la calidad del empleo en salud y contar con normatividad nacional e internacional y base teórica suficiente. De otro lado, se explica en la ausencia de una sólida cultura institucional sobre las condiciones de higiene y seguridad necesarias, en los propios trabajadores y en sus organizaciones corporativas, lo que sumado a las restricciones económicas devienen en los hallazgos mencionados.

4.3.6 Exposición a Riesgos laborales

El ambiente de trabajo del sector de la salud se caracteriza por tener varios factores de riesgo, denominados también factores de riesgos ocupacionales, es decir agentes de naturaleza física, química, biológica o aquellas resultantes de la interacción entre el trabajador y su ambiente laboral, tales como psicológicos y ergonómicos, que pueden causar daño a la salud.

En esta categoría empírica se agrupó las informaciones recogidas en respuesta a la pregunta ¿Cree Ud. que en su área de trabajo existe exposición del personal de salud

a los riesgos que a continuación se menciona: a) Riesgos de carácter biológico: Manejo de residuos patogénicos, HIV/Hepatitis B, ¿otros? (especifíquelos) ¿Por qué?, b) Riesgos Ambientales: Físicos: ruidos, Iluminación, vibraciones, radiaciones, electricidad, temperatura ambiente, ventilación?, otros (especifíquelos)?; Químicos: polvos, humos, vapores?, otros (especifíquelos)?; Mecánicos: diseño ergonómico deficiente, diseño ambiental, salidas de emergencia/evacuación, fuentes de calor no protegidas, otros (especifíquelos)? Por qué?; c) Riesgos Psicosociales: Intensidad de trabajo en los tiempos asignados, Intensidad de trabajo por ausencias de personal, falta de equipos y herramientas adecuadas para la atención, limitaciones de espacio, mala organización del trabajo, jornadas extensas de trabajo, clima organizacional, otros?(especifíquelos). Por qué? Ello permitió dimensionar las percepciones sobre los riesgos de trabajo y sus motivaciones.

Los hallazgos dan cuenta de la existencia de una mayor percepción de riesgos por factores biológicos, riesgos ambientales mecánicos y ambientales físicos.

a. Riesgos de carácter biológico

Se encuentra que la percepción mayoritaria y contundentemente expresada ha sido asociada al manejo de residuos patogénicos, al manejo de pacientes con HIV, Hepatitis B y otras transmisibles. Esta percepción fue corroborada en el registro de lo observado en el trabajo de campo. Las expresiones de algunos de los entrevistados, que siguen, ilustran los hallazgos.

D5: "...sin duda el personal está expuesto a riesgos biológicos por que manipula residuos patogénicos.....como le digo, algunos servicios han sido adecuados. Este no ha sido un hospital construido para la especialidad materno infantil, esto ha sido Hospital de Neoplásicas, nos hemos adecuado, se ha creado servicios, como la UCI Materna en esta misma infraestructura, por lo que no hay lugar muy adecuado para los desechos..."

M9: "...por el tipo de trabajo que realizamos tenemos permanente exposición a residuos Patogénicos, particularmente con todo lo que es sangre....tenemos

casos de personal de salud que ha sido contaminado...y que ha enfermado....”

M10: “... es un hecho indiscutible que la atención a pacientes con HIV, Hepatitis B y otras transmisibles como TBC, Influenza, y las diferentes sépsis, constituyen riesgos biológicos....necesitamos definir un plan que fundamentalmente cambie la cultura del propio trabajador, pues no le damos la importancia requerida...”

PE3: “...en la atención de enfermería, los riesgos de carácter biológico son parte de nuestro trabajo, tanto por la interacción con pacientes HIV, Hepatitis B, TBC, Influenza entre otras., como por el manejo de residuos patogénicos,...la manera como abordamos este riesgo desde la gestión institucional, incide en la calidad del empleo...verdad?”

TE1: “... nosotros manipulamos residuos patogénicos y en la atención que damos a los pacientes de, HIV, Hepatitis B y las diferentes enfermedades transmisibles...nos hace estar expuestas a riesgos de contagio...como nombrada tengo alguna protección ...pero que pasa con las compañeras de contrato CAS?...cómo desde el propio estado se permite esta situación?...”

TE9: “.... Como no vamos a estar expuesto...en el servicio de medicina pediátrica los lavatorios para manos se comparte también con el de pacientes y lo usan también los familiares...”.

En relación con estos hallazgos, la literatura precisa que los riesgos biológicos o infecciosos, son los ocasionados por microorganismos de naturaleza patógena como bacterias, virus, hongos o parásitos que pueden infectar a los trabajadores y cuya fuente de origen la constituye el hombre, los animales, la materia orgánica procedente de ellos que contamina el ambiente de trabajo (líquidos, secreciones corporales como, el virus de inmunodeficiencia humana VIH; virus de la hepatitis B, C; bacilo de la tuberculosis)(OPS, 2005). Para los riesgos biológicos no hay límites

permisibles y el desarrollo y efectos, después del contagio, depende de las defensas naturales que tenga cada individuo

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005), señala que en toda institución prestadora de servicios de salud se deben desarrollar procedimientos de trabajo seguros, desde la identificación, evaluación y el control de riesgos biológicos (acceso del personal a programas de exámenes apropiados, vacunas y consejería, monitoreo biológico de la salud de los trabajadores, procedimiento para el reporte de enfermería, accidentes y heridas con el seguimiento apropiado, educación y capacitación del personal, implementación de controles adecuados para la condición de riesgo biológico, provisión del equipo de protección personal necesario, monitoreo regular del ambiente y las prácticas de trabajo).

La interpretación de la situación encontrada, pasa por la existencia de debilidades gerenciales en el hospital en estudio para asumir la responsabilidad de proporcionar al personal de salud una adecuada protección contra las infecciones y ofrecer un ambiente de trabajo seguro, haciendo uso de los marcos legales nacionales e internacionales existentes para hacer factible diseño de decisiones de política y financiamiento de las necesarias intervenciones de seguridad biológica.

b. Identificación de los riesgos ambientales físicos.

Se encontró una percepción mayoritaria de exposición a ruidos. En un segundo lugar hallamos percepción de exposición a riesgos por ventilación. Menos de la mitad percibe riesgos por iluminación, vibraciones y por temperatura ambiente y un grupo menor identificó la exposición a riesgo de radiaciones. El registro de campo realizado coincide con estos hallazgos, siempre asociados a la antigüedad y acondicionamiento del hospital en estudio. Algunos de los entrevistados que siguen nos hablan sobre sus percepciones en relación a riesgos ambientales físicos:

DM7: “... hay riesgo por exposición a vibraciones en área críticas (UCIs, Emergencia) debido a los equipos que se usan cotidianamente y al uso de ventiladores de ambiente.....ello trae dificultades auditivas y en la comunicación”

DM5: “...las limitaciones de infraestructura, de ambientes y espacios reducidos en la Consulta externa, constituyen riesgos no sólo para el personal de salud si no para los pacientes...”

PE4: Enfermera de SOP. “...tenemos riesgos de Iluminación por que las cialíticas no son muy buenas; igualmente de radiaciones, porque vienen a hacer las ecografías acá y nosotros no tenemos mayor protección; de electricidad, pues en cualquier momento puede haber un riesgo, este hospital es muy antiguo; también de temperatura ambiente, porque no funcionan bien los equipos para regular la temperatura; de ventilación, dado que en este centro quirúrgico no hay un buen proceso de cambio del aire..”

PE2: “...Diseño ambiental en el sentido de que hay mucha estrechez, falta espacios, por ejemplo para aislamientos para determinadas infecciosas, ello nos perjudica mucho...”

PM2: “...un problema son los ascensores...son tan antiguos que constituyen un peligro para el personal de salud, pacientes y familiares... han sido reparados...pero por su antigüedad deben ser cambiado...”

PM5: “...hay mucho ruido, muchísimo, de la calle...usted ahorita puede verificarlo, no podemos escucharnos...ya estoy con sordera...en relación a las radiaciones, diariamente se toman hasta 8 placas de Rayos X, nosotros no tenemos mayor protección; también hay riesgos electricidad, no están bien tiene canalizados ni protegidos los cables eléctricos... por otro lado este hospital no ha sido diseñado para ser materno infantilhay adecuaciones y mejoras, pero en mi opinión todavía enfrentamos muchos riesgos...”

PM4: “...Ruidos? muchísimos de la calle!!!. Interrumpen la visita médica, la interacción con los pacientes en las Consultas, exámenes, etc.... no tiene idea...Me produce tensión e irritabilidad... no es posible acostumbrarse a ello. ...”

TE1: Los ruidos aquí hacen un ambiente infernal, por la ubicación del hospital, está en pleno centro, usted misma esta experimentándolos, la avenida Alfonso Ugarte es una vía troncal que da acceso a todo el cono norte de Lima y también para otros distritos...tiene un tremendo tráfico, todo el mundo toca sus bocinas...no hay el mínimo respeto por el hospital y nadie controla nada... produce mal humor....estamos estresados.....es como una tortura”

TE2: “...En relación a las radiaciones existe riesgo...en muchas ocasiones en los diferentes turnos vienen a los servicios a tomar radiografía a los pacientes y no tenemos protección alguna..”

Estos hallazgos son coherentes con la revisión bibliográfica. La calidad del ambiente del empleo está muy relacionada con los riesgos a los cuales está sometido todo trabajador y la carga de trabajo que debe asimilar. Un buen ambiente de Trabajo hace que la ocupación laboral genere una mínima carga de trabajo y que, por lo tanto ocasione menos fatiga o cansancio a nuestro cuerpo, lo cual redundaría en menores riesgos para nuestra vida. Una adecuada planificación del ambiente del trabajo permite disminuir la carga de trabajo, eliminar muchos riesgos innecesarios, y reducir al mínimo otros, con lo cual se evitan accidentes laborales y se preserva la salud del trabajador.

Muchos autores refieren que los riesgos ambientales físicos representan un intercambio brusco de energía entre el individuo y el ambiente de trabajo, en una proporción mayor a la que el organismo es capaz de soportar, pudiendo causar trauma a los tejidos. Entre los más importantes están el ruido, vibración, temperaturas extremas, electricidad, humedad, ventilación, presión, iluminación, radiaciones no ionizantes (infrarrojas, ultravioleta, baja frecuencia); radiaciones ionizantes, (rayos x, láser, alfa, beta, gama). Por tal razón se requiere implementar un enfoque sistemático en la identificación de todos los posibles riesgos físicos. Ello implica la realización de una inspección de las instalaciones del servicio de salud con una persona idónea en el tema y paralelamente adecuados mecanismos de información y comunicación correspondiente a los trabajadores en cada una de las

áreas para su involucramiento en la identificación y registro de todos los peligros y riesgos físicos, potenciales.

Según la Organización Panamericana de la Salud(OPS, 2005), la exposición a niveles excesivos de ruido puede causar pérdida auditiva, fastidio, interferir con la comunicación y reducir el desempeño personal. Precisa también que los procesos ruidosos están frecuentemente asociados con la vibración. Las vibraciones intensas pueden ser transmitidas a los trabajadores que manejan vehículos, equipos y herramientas de agarre manual. Por otro lado, en un servicio de salud que utilice cualquier fuente de radiación, los directivos son responsables de: a) la protección radiológica de los trabajadores en exposición; b) el cumplimiento de todas las normas técnicas, cuyo principio básico de la protección es evitar toda exposición innecesaria a la radiación sobre la base de tres estrategias fundamentales: -) tiempo de exposición: planear acuciosamente el trabajo para evitar tiempo innecesario de exposición, pues a menor tiempo de exposición a la radiación, menor será la dosis asimilada; -) distancia de exposición: medida de protección muy efectiva, en tanto a mayor distancia de la fuente de radiación, menor será la dosis y; -) escudo de protección: debe usarse material de absorción adecuado entre el trabajador y la fuente de radiación, como delantales y otras barreras de material plomado, sobre todo si, por las condiciones físicas, no es posible reducir la intensidad de la radiación aumentando la distancia.

De cara a la revisión de la literatura, la situación encontrada en el hospital en estudio sobre exposición a riesgos ambientales físicos, es interpretada por la autora como una ostensible debilidad en la gestión sanitaria en general del HONADOMANI/SB. Ello considerando su complejidad derivada de la ubicación física y adecuación de su sede institucional y a pesar de que el personal entrevistado reconoce su incidencia sustantiva en la calidad del empleo del personal de salud. Hallazgo que traduce ostensibles limitaciones desde el estado para abordar integralmente estos riesgos.

c. Riesgos ambientales químicos.

De la agrupación de información obtenida en esta sub categoría, se halló percepción mayoritaria de riesgos por exposición a polvos y humos. Asimismo, aunque en una proporción menor, se encontró percepción de riesgos por exposición a vapores. Hallazgos que se condicen con las observaciones consignadas en nuestro registro de campo, sobretodo de los servicios de Consultorios Externos, Laboratorio, Central de Esterilización y Sala de Operaciones. Lo expresado por algunos de los entrevistados aleccionan los hallazgos mencionados.

DE7: "...hay exposición del personal a vapores en zonas específicos, por ejemplo en la sala de operaciones, por el uso de Halotano, entre otros.."

PM7: "... Tenemos riegos derivados de la exposición a polvos por la contaminación ambiental que es muy alta en la zona donde está ubicado el hospital...la avenida Alfonso Ugarte y la Plaza 2 de Mayo está muy cerca, y han estado en trabajo durante mucho tiempo y el polvo de las obras es asfixiante....."

PM2: "...un problema son los ascensores...son tan antiguos que constituyen un peligro para el personal de salud, pacientes y familiares... han sido reparados.....pero por su antigüedad deben ser cambiados..."

TE2: "...estamos expuesto a polvos por la ubicación del Hospital....recientemente se ha hecho una serie de trabajos en la pista, sin ningún reparo por el Hospital... nos llenamos de polvo y del humo de los carros que nos asfixianigualmente tenemos exposición a vapores de las calderas del hospital que son irritantes..."

PE1: "... Sin duda alguna la exposición de todo el personal que trabaja en la central de esterilización a vapores, es una realidad, por los materiales que utilizamos acá...tenemos medidas de bioseguridad, pero el riesgo está allí...."

PE5: "... los que trabajamos en consultorios externos, estanos expuestos a riego por los vapores de los calderos del hospital, dado que su ubicación es cerca, y también

sufrimos mucho con la exposición al polvo y humo que viene de la calle... han estado reparando las pista y ha sido terrible.... ”

Sobre los factores de riesgo químicos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005) precisa que se refieren a sustancias orgánicas, inorgánicas, naturales o sintéticas que pueden presentarse en diversos estados físicos en el ambiente de trabajo, con efectos potencialmente tóxicas, irritantes, corrosivos, o asfixiantes y en cantidades que tengan probabilidades de lesionar la salud de las personas que entran en contacto con ellas, incluidos los medicamentos, soluciones y gases(entre ellos el óxido de etileno, los residuos de los gases anestésicos que pueden liberarse en áreas de trabajo tales como las salas de cirugía, de recuperación y de parto). Precisa también que el suministro adecuado de agua y un ambiente general limpio son fundamentales para la protección de los trabajadores y de los pacientes en establecimiento de la salud. Igualmente que la ventilación natural o artificial adecuada constituye herramienta esencial contra muchas amenazas para la salud de los trabajadores (como la transmisión de la tuberculosis y la exposición a gases anestésicos que puede causar aborto espontáneo, infertilidad, malformaciones congénitas y cáncer).

Con la base teórica revisada podemos afirmar que la situación de existencia de riesgos ambientales químicos en el hospital en estudio constituye un importante factor que, sin duda alguna, incide en la calidad del empleo del personal de salud y que, asimismo su abordaje, igual que los otros riesgos, no tendría la suficiente atención en la gestión hospitalaria.

d. Exposición a riesgos ambientales mecánicos por diferentes causas.

A partir de la agrupación de la información obtenida, encontramos que la percepción casi total de los entrevistados es de un diseño ergonómico deficiente, igualmente sobre falta de diseño ambiental, limitaciones en las salidas de emergencia/ evacuación y también (aunque en menor proporción, riesgos por exposición a fuentes de calor no protegidas. En el registro del trabajo de campo realizado, particularmente

en los servicios de Emergencia, Sala de Operaciones, y de Hospitalización, entre otros; tenemos observaciones de corredores en los cuales se encontraba al mismo tiempo, personal de limpieza con sus respectivos carros y materiales e insumos, con sillas de ruedas, camas o camillas extras y grupos de personas (familiares, pacientes, personal, estudiantes, etc.), dando lugar al incremento de riesgos de caídas. De la misma manera se obtuvo registro de equipos y mobiliario existente en los diferentes servicios, que no cumplen con los principios de ergonomía y de seguridad. De otro lado, durante la recolección de información no se obtuvo registro de forma alguna o estrategias para eliminar o reducir la carga de manipulación manual de camillas, y otros; o cursos de capacitación sobre el correcto uso de dispositivos de ayuda mecánicos y de otro tipo para la manipulación de pacientes. A la par, se registró observaciones sobre limitaciones en las entradas y salidas a los diferentes ambientes así como de las salidas de emergencia y evacuación, que si bien existen y están señalizadas, son muy estrechas e insuficientes tanto para los pacientes como para el personal.

Sobre estos hallazgos, a manera de ilustración se presentan algunos de las percepciones sobre los riesgos ambientales mecánicos.

DM6: " sobre las salidas de emergencia/evacuación...hay riesgos... existen pero siguen constituyendo un riesgo....si hubiera otro terremoto.

TE4: "... El diseño ergonómico es deficiente, no hay ningún tipo de protección en este sentido, nosotros movilizamos y cargamos a los paciente sufrimos de dolor lumbar. Ni que decir del diseño ambiental estamos hacinados, es un hospital muy antiguo, esta fue la sede del antiguo Hospital de Neoplasias y se ha adecuado, estamos hacinados tanto los pacientes como el personal..."

TE6: "....la salidas de emergencia están habilitadas pero no son las adecuadas..., recordemos este hospital no ha sido diseñado ex profesamente para ser materno infantil y por ello su diseño ambiental es un riesgo para los trabajadores y pacientes...."

PE1: "... No se cumplen con los principios de ergonomía....el personal asistencial con frecuencia manipula cargas, por eso es frecuente que presenten problemas musculoesqueléticos sobre las salidas de emergencia/evacuación estas no están bien definidas, no quiero pensar que pasaría frente a otro sismo como el pasado...Ud. puede verificar lo que le digo..... "

PE4: "... Mire, por el tipo de los pisos y las horas de limpieza en los servicios de hospitalización y las escaleras, los resbalones y las caídas tiene cierta frecuencia a pesar de ser los más prevenibles...necesitamos trabajar permanentemente en la identificación de los riesgos potenciales de resbalar, tropezar o caer para prevenir o reducir la incidencia de accidentes del personal de salud... ello no se hace... y es necesario... "

PE10: "... sufrimos frecuentemente de molestias osteomusculares por inadecuación ergonómica del mobiliario en los servicios ... lo que le digo es fácilmente verificable.... "

PM1: "... Mire en sala de partos, en sala de operaciones, emergencia....generalmente manipulamos cargas...pero realmente no aplicamos principios de ergonomía.....lo que deriva en problemas lumbares.....de otro lado la situación de las salidas de emergencia / evacuación, es terrible....., el día del terremoto solo había una salida, imagínese..... y hay que pensar también en los pacientes. Se está mejorando, pero en mi opinión todavía enfrentamos muchos riesgos... "

PM4: "... las situación de las salidas de emergencia/evacuación es terrible....., el día del terremoto solo había una salida, imagínese como se expuso el personal...y hay que pensar también en los pacientes. Se está mejorando, pero en mi opinión todavía es un riesgo....hay mucho que mejorar.. "

En la revisión de la literatura encontramos que los riesgos ambientales mecánicos son muy frecuentes en las instituciones de atención de la salud, incidiendo en la calidad del empleo en salud. Los factores de riesgo ergonómicos constituyen aquellas

condiciones que trastocan la adaptación de los elementos y medios de trabajo al hombre, impidiendo o limitando la actuación humana; generando fatiga, lesiones, enfermedades y accidentes laborales. La manipulación de cargas en la atención hospitalaria, se relaciona no solo con el levantamiento, transferencia o posicionamiento de pacientes, sino también con posturas adoptadas en otras tareas; como por ejemplo, en el trabajo realizado por el equipo de ambulancia, en la computadora, en los servicios de apoyo, y en áreas tales como radiología y terapia física. Es necesario considerar que la capacitación sobre este punto, por sí misma no resuelve los problemas fundamentales de la manipulación de cargas. Se requiere impulsar una política laboral en la que el tratamiento de lesiones por la manipulación de cargas incluya un sistema de reporte y manejo temprano del dolor lumbar, de los accidentes de trabajo que ocasione, acceso apropiado del personal a servicios médicos y de rehabilitación – recuperación, así como seguimiento y monitoreo de la recuperación del trabajador después que este retorne a sus tareas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005) señala que muchas de las caídas del personal de salud, resultan de riesgos presentes en forma permanente, pero las personas se habitúan a ellos, los toleran y aunque planean cambiarlos, los ignoran hasta que atraen la atención a causa de algún incidente o accidente. Precisa también que Las medidas básicas de seguridad en material de orden y aseo y los procedimientos regulares de mantenimiento eliminan muchos riesgos de caídas. Se pueden considerar algunas medidas de prevención, como: -) la inspección regular de la superficie del suelo para adecuarlo a los cambios, por ejemplo, nivelación de superficies o reparación de daños; -) inspecciones regulares de levantamientos para la inmediata corrección; -) limpieza inmediata de derramamientos, entre otras (OPS, 2005). Igualmente precisa que se deben proveer medios seguros de entrada en todo lugar de trabajo. Todos los medios de acceso o salida deben estar libres de construcción y adecuadamente mantenidos. El acceso seguro debe permitir que las personas, incluso aquellas con discapacidades, se puedan movilizar en forma conveniente y segura en todo el lugar de trabajo y en el desarrollo de sus tareas habituales. Los pasillos o caminos demarcados ayudan a definir las vías de acceso. En caso de emergencia, se deben proveer salidas seguras y rápidas del lugar de

trabajo. Igualmente se deben proveer accesos apropiados para el servicio y mantenimiento de la planta, maquinaria y edificios. Todas las puertas y otros medios de acceso o egreso de los lugares de trabajo deben mantenerse sin seguro y libres de todo obstáculo mientras los trabajadores se encuentran trabajando. Si se requiere asegurar las puertas por razones de seguridad, deberá ser posible abrirlas desde adentro sin usar la llave, y salir de allí rápidamente en cualquier momento (OPS, 2005).

La situación encontrada en el hospital en estudio sobre exposición a riesgos ambientales mecánicos responderían a la falta de incorporación de la calidad del empleo en salud como política institucional, con un enfoque amplio, sistemático y multidisciplinario, en el que directivos y personal de salud trabajen juntos definiendo estrategias basadas en la prevención, de manera tal que se reduzcan también estos riesgos. Asimismo, se explica por la debilidad de la función rectora del Ministerio de Salud, para supervisar y monitorear la aplicación de las normas vigentes.

e. Exposición a riesgos psicosociales.

De la agrupación de la información encontramos otro hallazgo importante de este estudio: el relacionado con la exposición a riesgos psicosociales. Una percepción mayoritaria (85% de los entrevistados) de limitaciones en el espacio, como principal causa de riesgo, seguida de intensidad de trabajo en los tiempos asignados, intensidad de trabajo por ausencias de personal y también por falta de herramientas adecuadas para la atención.

Nuestro registro de campo, tiene importantes observaciones de fatiga y cansancio del personal en los Servicios de Consulta Externa, sala de Operaciones, Central de Esterilización Unidad de Cuidados Intensivos UCI y Unidad de Terapia intermedia UTI Neonatal, así como en Emergencia. Igualmente de reclamaciones airadas de familiares de pacientes por el tratamiento recibido o falta de información. En dos servicios hospitalarios se observó tirantez y relaciones interpersonales entre jefes y

subordinados. En casi todos los servicios trabajados se observó limitaciones en la disponibilidad de insumos y materiales para la atención.

Diversas expresiones de los entrevistados sobre los riesgos sico sociales, ilustran estos hallazgos.

D5: "...Podemos identificar riesgos de tipo psicosocial, por la intensidad del trabajo, limitada dotación de personal, hay gente que cubre hasta dos turnos seguidos y hay agotamiento físico y emocional. Falta de herramientas técnico organizativas que permitan una adecuada y oportuna atención....esto hace que el personal tenga sobre carga tensional. ..."

D7: "... si....es innegable aún hay falta de insumos, materiales y también de algunos equipos para la atención...esto ocurre en algunos casos por el sistema logístico, que tiene un proceso burocrático de licitación que demora la compra de lo solicitado.... "la norma lo dicetantos días" ... y mientras tanto que hacemos con la atención de los pacientes?...ello nos genera tensiones y hasta conflictos para obtenerlos oportunamente..."

PM8: "...Limitaciones de espacio es el primer lugar, no tiene idea de lo que eso significa....tener que atender a un ser humano en ambientes hacinados....uno se siente mal....se pone de mal humor e irritable.... Ud. lo está viendo..."

PM4: "...no podemos tapar el sol con un dedo....hay falta de equipos e insumos para la atención....nosotros tratamos de solucionar los problemas, pero nos crea una tensión psicológica....No puede ser que el estado no nos atienda y así habla de aseguramiento universal? ...pensar que podríamos pasar por esa situación si se enferma un familiar o nosotros mismos Dios no lo permita..".

PM5: "...Es mucha la presión laboral que se soporta....por añadidura en mi área de trabajo las relaciones humanas son difíciles.....sobre todo con la Jefatura de Servicio y con algunos colegas...."

TE5: “...tenemos intensidad de trabajo en los tiempos asignados.... hay mucha demanda de atención..Igualmente la falta de materiales, equipos, adecuados para la atención por ejemplo, tenemos incubadoras obsoletas que recalientan..... tenemos que tener mucho cuidado porque mire lo que puede pasar con un niño...”

TE3:”...hay un riesgo psicológico muy alto por falta de disponibilidad de equipos, instrumental, material descartable e insumos necesarios para las tareas...por ello cada vez me siento más angustiada y frustrada...”

PE8: “...la falta de controles sobre los derechos del paciente y de la familia, es un riesgo sico social...no crea mucha presión....hay que verificar hasta donde es el límite de su derechos?es comprensible la angustia familiar y ello da lugar a que pierdan los papeles.... También en el ingreso y salida de familiares que se da sin mayor control, usted los puede encontrar en la noche fuera del horario de visita, a pesar que pasa el personal de vigilancia....ahí están. Por ello pienso que la falta de control es un riesgo sico social...”

Según la Organización Panamericana de la Salud(OPS, 2005), los riesgos de naturaleza psicosocial son los que más asociados están con el “síndrome burn-out” entre los trabajadores de salud. Este síndrome se manifiesta en el comportamiento de los trabajadores a través de tres dimensiones muy perjudiciales para los pacientes y los servicios en general: agotamiento, cinismo e ineficacia. Otros autores señalan que los factores de riesgo Psicosociales están constituidos por aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de las tareas, y que afectan tanto el bienestar o a la salud (física, psíquica y social) del trabajador, como al desarrollo del trabajo, lo cual es explicitado por los entrevistados. Cabe mencionar que si bien las características propias de cada trabajador determinarán la magnitud y la naturaleza tanto de sus reacciones como de las

consecuencias que sufrirá (personalidad, necesidades, expectativas, vulnerabilidad, capacidad de adaptación, etc.): pero asociadas con las tareas del proceso de trabajo en salud y/o el ambiente de trabajo, potencian situaciones de estrés, trastornos emocionales, y/o los problemas interpersonales.

La autora explica la situación encontrada de riesgos sicosociales en el hospital es estudio, al igual que los riesgos anteriores, por la inexistencia de un abordaje integral en la gestión del trabajo en salud. No se ha llegado a dimensionar la importante incidencia de estos riesgos en la calidad del empleo en salud. De otro lado, también podría explicarse por la ausencia de estudios sobre este importante factor, más relevante si se considera la importancia del desempeño de este hospital para el Sistema de Salud en su conjunto. Aún no hay una gestión integral de la Salud y Seguridad del personal de salud.

f. Riesgo de violencia en el trabajo.

De la agrupación de la información obtenida, se llegó a identificar violencia por parte de los pacientes y familiares, como principal causa y también la violencia en el trabajo por parte de otros colegas. Por ser relevante para el estudio, consigno una situación de violencia a una profesional médica de parte de otros colegas de nuestro registro del trabajo de campo. Situación que dio lugar a su “asignación” a un servicio de apoyo diagnóstico, lo que le ha generado resentimiento y desmotivación para su trabajo. A continuación presentamos algunas de los testimonios que grafican los hallazgos.

DM4: “...Por parte de los pacientes, muchas veces ellos desconocen las limitaciones que tenemos en los servicios y entonces reclaman mucho más allá de lo que podemos ofertar y agreden a nuestros técnicos, enfermeras y médicos... en otros casos(pocos) hay confrontaciones por celos profesionales entre los colegas que trabajan en nuestra institución..”

TE9: "... mire nosotros enfrentamos situaciones difíciles de trabajo y francamente siento que no he recibido el apoyo necesario de las jefes y supervisoras....no el que esperaba y debería...eso me causa angustia..."

TE: "... mi trabajo requiere un alto desarrollo de habilidades para dar afecto al dar atención y cuidado....para saber enfrentar y comprender las agresiones del paciente y su familia....pero necesitamos que la institución nos capacite permanentemente y además también existan canales para recibir y atender sus reclamos....eso ayudaría mucho...." .

PM3: "... En mi Servicio se requiere tener mucho equilibrio emocional para tratar a los pacientes y sus dolencias, así como a los familiares..... se presentan situaciones de violencia, explicables que requieren no solo nuestro equilibrio, si no un abordaje integral, institucional...."

PM1: "... El riesgo de violencia en el trabajo más que de los pacientes, es de los familiares a veces, ellos se desesperan....y reaccionen mal...sobre todo frente a las carencias del hospital..."

PE2: "... Estamos expuestos a violencia por parte de los pacientes...es natural no?...pero también existe por parte de los colegas, es increíble... tienen muchos problemas de toda índole y hostilizan a sus colegas, indisponen, obstaculizan el trabajo para hacernos quedar mal...no tiene idea..."

PE9: "... en emergencia y los servicios de hospitalización estamos más expuestos a ser víctimas del desborde emocional o violencia de los familiares de los pacientes..."

PE5: "... nosotros por ser los que estamos más cerca de los pacientes tenemos un riesgo muy alto de ser víctimas de su desborde emocional y violencia tanto de los mismos pacientes, como de sus familiares...."

Para la Organización Panamericana de la Salud(OPS, 2005), violencia en el trabajo es cualquier incidente en el que se comete abuso contra un trabajador o se le intimida en circunstancias directamente relacionadas con el desarrollo de su trabajo. Este tipo de comportamiento puede provenir de pacientes, visitantes, público usuario o compañeros de trabajo. La violencia y la agresión en el trabajo y el temor que se deriva de ellos pueden tener efectos de amplio alcance. Cualquier forma de violencia puede llevar a una disminución de la moral dentro de la instalación de atención de la salud, costos financieros y pérdidas en la productividad. Los individuos cargan con marcas personales de traumatismo emocional.

Las diferentes expresiones de la violencia en el lugar de trabajo incluyen: -) el uso de fuerza física para lesionar, poner en peligro o dañar a las personas o su propiedad; -) la intimidación, o el comportamiento coercitivo o inductor de temor; y -) el abuso verbal u hostigamiento, incluido el acoso sexual, racial y psicológico en el trabajo (mobbing)(OPS, 2005). La violencia y la agresión en el trabajo y el temor que generan pueden tener efectos de amplio alcance. Cualquier forma de violencia puede llevar a una disminución de la moral dentro de la instalación de atención de la salud, costos financieros y pérdidas en la productividad. Los individuos cargan con marcas personales de traumatismo emocional.

La situación de riesgo de violencia en el trabajo referida es explicada por la falta de la visibilidad de su incidencia en la calidad del empleo del hospital en estudio. Esta variable aún es enfocada institucionalmente de manera contingente e individual, pero sin llegar a controlar sus factores causales, lo cual podría ayudar, pero no quita el peligro, ya que actúa o interviene sobre la víctima pero no actúa sobre las causas.

4.3.7 Enfermedades y accidentes laborales

Otras de las variables empíricas analizadas en relación a la calidad del empleo en el hospital en estudio fue la percepción del personal de salud sobre las enfermedades y accidentes laborales. De la agrupación de las respuestas obtenidas destacan los siguientes hallazgos:

a. *Sobre las enfermedades laborales.*

Se halló que el grupo directivo identificó mayoritariamente problemas osteo/musculares, lumbalgias, estrés, agotamiento físico – mental; y en una proporción menor, presencia de enfermedades infecciosas provenientes de contagio y trastornos alimenticios y algunos casos de problemas cardíacos por sobrecarga de trabajo. El grupo de Profesionales y Técnicos de Enfermería coincidiendo con el grupo directivo, mayoritariamente identifica problemas osteo/musculares, lumbalgias, fatiga física, mental, stress; añadiendo osteoporosis, artrosis, dolores de cabeza, y en una menor proporción alteraciones gastrointestinales y alergias. Cabe mencionar que nuestro registro de campo contiene observaciones sobre una edad promedio de 40 años del 50% del personal entrevistado y en una cantidad mayor en el hospital en general. Situación que aporta evidencias certeras para la gestión de las condiciones de empleo en los diferentes servicios de este hospital. De otro lado de la revisión de fuentes secundarias, así como de las entrevistas realizadas, no logramos obtener información certera sobre la cobertura de vacunación del personal de salud.

Sobre los hallazgos mencionados algunos de los entrevistados refieren sus percepciones.

DM3: “.... yo he sido médico de personal, tengo 20 y mas años de profesión y estado 10 años en esta área, puedo afirmar que de la población de nombrados que manejamos (no los CAS), yo calculo que más del 50 o 60% vienen superando los 45 años de edad, por ello son frecuentes los problemas osteomusculares, de columna, sobrepeso, y otros asociados a la edad y condiciones de trabajo...”

DE7: "...Debido a que casi el 50% del personal tienen de 40 años para arriba, sufren de osteoporosis, dolores a la columna, artrosis que se hace de manifiesto por el tipo de trabajo que tienen en la atención de pacientes."

PE7: "... las enfermedades más frecuentes son lesiones osteomusculares agudas porque aquí en la central de esterilización, trabajamos mucho tiempo paradastambién hay frecuencia de alergias..."

PM1:"... Yo señalaría como enfermedades laborales más frecuentes las osteomusculares y lumbalgias..... También por la contaminación ambiental hay frecuencia de enfermedades de vías respiratorias, alergias... y dolores de cabeza por la presión del trabajo."

PM7:"... en el servicio de Niños, lo que es mas frecuente en el personal e enfermedad por lesiones osteomuscularestambién se ha presentado algunas alteraciones Gastrointestinales y dolores de cabeza..."

PM5:"... En el departamento de Ginecología se atiende gestantes, partos, abortos, etc.y por ello la enfermedad mas frecuente es la Lumbalgia..."

TE5: "...Siempre he tenido lumbalgia.....la adquirí por mi trabajo en servicios de emergencia. Allí muchas veces el paciente entra en una situación tal, que tienes que correr con él, pasándolo de una camilla a otra, haciendo a menudo sobreesfuerzo físico, que a menudo no medimosconsecuencia: desarrolle una hernia de disco, que tengo que tratarla con cirugía..."

Sobre estos hallazgos la literatura refiere que los daños a la salud por efecto del trabajo resultan de la combinación de diversos factores y mecanismos. Los daños a la salud más evidentes y visibles son los accidentes del trabajo y, con el mismo nivel de importancia, las enfermedades profesionales (aquellas causadas directa y exclusivamente por un agente de riesgo propio del medio ambiente de trabajo). Así por ejemplo, las lesiones lumbares frecuentes en los servicios de salud pueden ocurrir

como resultado de un solo evento, pero usualmente son el resultado de muchos episodios acumulativos de posturas, movimientos, pesos y fuerzas inadecuadas en la espalda, que causan desgaste y rompimientos a través del tiempo.

Sin duda, los factores de la organización del trabajo pueden ser determinantes del daño a la salud. Una jornada extensa (o un ritmo acelerado) puede resultar en fatiga del trabajador que se ve así expuesto a una mayor probabilidad de accidentarse. Los excesivos niveles de supervisión y vigilancia pueden terminar por desconcentrar al trabajador de su tarea. Otro factor importante es la claridad de las órdenes de trabajo y la coherencia entre los distintos niveles jerárquicos.

Las llamadas “enfermedades comunes” muchas veces tienen una causa directa en el trabajo, la cual es aplicable a la gran mayoría de patologías del adulto que reconocen factores ambientales, lo cual es consistente, dado que el medio ambiente laboral constituye el medio en el cual se desenvuelve gran parte de nuestra vida. Otra forma de daño importante es la aparición de malestares persistentes que no se constituyen en una enfermedad precisa aunque alteran el estado de bienestar. Por ejemplo, dolores de cabeza después de trabajar en ambientes mal ventilados o con poca luz, la vista cansada, la fatiga muscular. A la larga, estos malestares crónicos van limitando las capacidades de tolerancia, de respuesta y de trabajo mismo y es probable que el desgaste que llevan asociados de lugar a una reducción en las expectativas de vida. En el mismo sentido se da la posibilidad de contar con una alimentación adecuada o con tiempo para recrearse.

La intención de este estudio no es profundizar la discusión sobre la salud del trabajador, sino que evidenciar la relación simbólica entre las enfermedades citadas por los entrevistados y las condiciones de empleo. Considero relevante tener una aproximación a esta relación causal, siendo necesario otros estudios específicos sobre el tema que logren precisar los mecanismos causales y las relaciones entre trabajo y salud tanto física como mental.

Alves(2004) analiza los efectos de la fatiga como una de las afecciones más comunes entre las enfermeras. La intensidad requerida para el trabajo se corresponde con el grado en que se consumen la energía mental y física por unidad de tiempo. El ritmo y velocidad, frecuentes, con la que el trabajador realiza una operación y comienza otra, inducen al cansancio y trastornos psicológicos que dan lugar a dolencias orgánicas. Inicialmente, aparecen disturbios de memoria y atención que predisponen accidentes de trabajo. Surgen trastornos del estado de ánimo, irritabilidad, seguida de disturbios somáticos, como cefaleas, taquicardia, acidez gástrica y malestares tipo cólicos. Un ritmo de trabajo intenso genera ansiedad. Ello, sumado a esfuerzo físico frecuente y posiciones incómodas, determinan efectos sobre las articulaciones y los músculos y consecuentemente fatiga, que resulta en caída del rendimiento en el trabajo, dolencias generales, accidentes de trabajo y aumento del absentismo. De esta manera, el estado de bienestar se transforma en una dolencia orgánica (gastrointestinales, neuróticos, úlceras gastroduodenales, colitis, entre otras)

La interpretación de la situación encontrada en el hospital en estudio sobre enfermedades laborales, considera lo señalado por la serie NESCON(2008) que precisa que en los países latinoamericanos la atención a la salud de los trabajadores del sector salud, a semejanza de lo que ocurre para el conjunto de los trabajadores, es muy deficiente. No existe casi información y si hay, esta concierne específicamente a datos referentes a accidentes y enfermedades profesionales. Así, en el HONADOMANI/SB las iniciativas institucionales para generar información y conocimiento sobre esta variable son muy limitadas y escasas (por ejemplo la cobertura de vacunación del personal de salud, incidencia o prevalencia de problemas músculo - esqueléticos ocupacionales en grupos específicos de trabajadores y problemas sicosociales asociados a la naturaleza de las tareas desarrolladas en los diferentes servicios)

b. Respecto de accidentes laborales.

En el análisis de la agrupación de la información correspondiente, los hallazgos dan cuenta de una identificación común de producción de accidentes asociados a

pinchazos, caídas del personal (por no haberse respetado las señalizaciones o estar mal puestas), destacando también las menciones a los accidentes producidos por vectores de riesgo. Hallazgos que se condicen con los registros del trabajo de campo, pues verificamos instalaciones eléctricas no protegidas o peligrosas por el hacinamiento en el servicio de emergencia y consulta externa y algunos de hospitalización, asimismo, el hecho que durante la limpieza de los pisos la señalización del caso no estuvo bien ubicada. Los testimonios que se consignan a continuación, grafican los hallazgos referidos.

TE1: “.....se han producido accidentes, heridas cortantes por pinchazos de agujas y al manipular Durante el lavado y limpieza, hojas de bisturí....también en algunos servicios, por falta de avisos cuando han limpiado los pisos, hemos tenido caídas del personal y de familiares....”

TE4:”.... En los servicios de hospitalización, hemos tenido heridas cortantes por pinchaduras por agujas...”

PM10: “...Los accidentes más frecuentes que he tenido tienen que ver con la producción de heridas cortantes por pinchaduras con agujas u hojas de bisturí en algunos procedimientos médicos ...”

PE9: “...los accidentes frecuentes se relacionan con heridas por pinchaduras...también tenemos caídas del personal y otros accidentes menores por los cables de electricidad....además el personal no es consciente y a veces usan adaptadores o extensiones eléctricas que no son seguras....”

PE3: “...según el registro de las fichas, dentro de los eventos adversos, los más frecuentes son los punzo cortantes, ante ese hecho incidimos en dar charlas sobre deshechos de punzo cortantes..”

PE4: Enfermera SOP: "...tenemos accidentes frecuentes de contusiones y golpes, porque el espacio es muy estrecho, sobre todo en recuperación.....eso facilita que con frecuencia nos estemos golpeando al movilizar las camillas..."

En el trabajo de campo registramos que el Hospital en estudio tiene un mecanismo de notificación de efectos adversos en los diferentes servicios, a través de formatos en los que se reportan, recopilan, registran y procesan en la Oficina de Calidad y/o Epidemiología y que se utilizan en la toma de decisiones reactivas a los mismos. Hallazgo sobre el que nos habla la entrevistada D7.

D7E: "... se registran eventos adversos, tanto del usuario interno como externo, en todos los servicios hay una ficha. Se cumple 100% con las normas existentes sobre este particular y se reporta a la oficina de calidad. Cómo ve el Dpto. de Enfermería cuenta con registro de eventos adversos, le pedimos al colega que haga su informe según el código correspondiente, además N° de historia clínica del paciente, la fecha, edad, diagnóstico, fecha de ingreso, egreso, sexo, nombre del profesional que reporta, servicio de atención. Igualmente en el caso de eventos adversos en el personal. Diariamente vaciamos la información, se hace un consolidado, y eso va a derivar en acciones..."

Igualmente, registramos que se han desarrollado algunas medidas de prevención y corrección de riesgos en el hospital, generalmente asociadas a capacitación de personal, campañas de difusión, charlas y educación sobre medidas de bioseguridad y prevención de riesgos. Adicionalmente, nuestras observaciones campo corroboran el seguimiento que hace el Departamento de Epidemiología de las medidas tomadas frente a diferentes contingencias.

DM6: "...tenemos diferentes indicadores, por ejemplo en control de calidad, usamos entre otros el N° de flebitis presentada en los pacientes, hay una ficha que enfermería tiene que sirve para registro, monitoreo y supervisión..."

PE1: “...desarrollamos campañas...la que hemos hecho continuamente es el “lavado de manos”, desde el 2007.....siempre lo hacemos..

PE6: “...registramos los Incidentes y eventos adversos en la ficha de notificación, por ejemplo si son punzo cortantes, incidimos en ese punto.....damos charlas sobre manejo y desechos de punzo cortantes .El objetivo ha sido también, la detección temprana del problema...”

En relación con los accidentes y enfermedades relacionadas al trabajo y la salud del trabajador en todo su contexto (enfermedad y accidente común que son en su mayoría prevenibles) la literatura es amplia. Se considera que constituye una dura realidad cotidiana para los trabajadores de ambos sexos en diferentes sectores económicos del país. Asimismo, que hay factores del medio ambiente de trabajo que pueden ocasionar o potencializar accidentes, heridas, daños o incomodidades (por ejemplo, equipos inadecuados, pisos deslizantes o resbalosos). Los resbalones, los tropezones y las caídas son la causa más común de accidentes y también son los más prevenibles, por lo que su identificación es importante para prevenir o reducir la incidencia de accidentes en todas las áreas de trabajo.

Según la OIT (2006) en el Perú, se estima que los accidentes laborales con más de tres días de incapacidad suman 1,194,207/año, e implican costos económicos generadores de pérdidas a nivel de las empresas y del Estado mismo. Torres (2010) refiere que según el Ministerio de Trabajo, el Perú tiene un costo anual estimado de accidentes y enfermedades ocupacionales, entre el 1% al 5% del PBI, que equivalen a US\$ 130.000 millones de dólares, es decir, entre US\$ 1,300 a US\$ 6,500 millones de dólares anuales. Los costos del ausentismo laboral del año 2009 representaron aproximadamente US\$ 195'132,295 millones de dólares y equivale al 0.28% del PIB de ese año(Torres, 2010).

Resulta difícil tener un estimado real del problema, pues hay que tomar en cuenta el sufrimiento humano, además del costo económico de los accidentes y enfermedades (indemnizaciones, pérdida de horas de trabajo, interrupciones de la producción,

formación y readaptación profesional, gastos médicos y asistencia social, entre otros). Para OIT (2006) representan pérdidas estimadas que ascienden al 5% del Producto Nacional Bruto Global Anual en el mundo(OIT, 2008). Según la certificación de incapacidad temporal para el trabajo / ESSALUD (2009), en términos comparativos, las cifras de ausentismo laboral por enfermedad – 2009 (días/ persona/ al año) en el Perú alcanzan los 19.6 días, más del doble que las del Reino Unido (valor mínimo histórico de 7.4) y las de España con un promedio de 5.5 días para ese mismo año(ESSALUD, 2009). No obstante, no existen cifras oficiales consolidadas sobre el número de accidentes de trabajo y las pérdidas que ocasionan estas ocurrencias en el campo sanitario.

Ynoñan (2009) señala que los costos de la “no prevención” alcanzan una gran magnitud a nivel nacional. La vida de los trabajadores debe ser motivo suficiente para poder implementar las medidas necesarias de prevención en el lugar de trabajo. Ello implica contar con información actualizada para actuar en respuesta al diagnóstico integral del problema y reducir los accidentes laborales y los altos costos que generan. Un gran desafío es avanzar hacia el diseño y operación de un sistema de información que de sustento a las decisiones con participación de los actores sociales.

En la interpretación de la situación encontrada en el Hospital en estudio sobre enfermedades y accidentes laborales, nuevamente, encontramos que es un factor que incide en la calidad del empleo, sin embargo la decisión política de incorporar su abordaje en los Planes de Gestión institucional es limitada y contingente frente a las disposiciones legales o incidentes laborales. Sin duda alguna, la agenda diaria es desbordada por de los problemas del proceso de trabajo y la dimensión de la demanda de prestaciones que tiene el hospital como institución de ámbito nacional. A ello se suma la poca visibilidad que tiene aún la calidad del empleo en las instituciones de salud, así como la gestión estratégica de recursos humanos en salud en su conjunto, y más aún en el propio personal de salud, a pesar de su trascendencia.

4.3.8 Comité de Higiene y Seguridad

La revisión de fuentes secundarias del hospital en estudio permitió identificar la existencia de un Comité de Higiene y Seguridad del Hospital, creado el 12/09/2009 en el marco de las normas generales del sector público. El mencionado Comité, en cumplimiento de los dispositivos legales, recientemente fue reconstituido paritariamente, integrando a los representantes de los Gremios de trabajadores. Cuenta con reglamento de funcionamiento (aprobado formalmente), el mismo que, dispone reuniones cada 15 días. Este Comité está integrado por representantes de la Dirección, del Cuerpo Médico, de las Áreas Técnicas y de Apoyo, del Servicio de Emergencia, de Unidades Especiales, del Personal Administrativo, y de las organizaciones sindicales. Siendo un progreso significativo, no obstante su funcionamiento y organicidad, todavía es muy débil. La percepción del Directivo 2 ilustra la situación existente.

D1M: "... Hay una norma del sector público que nos obliga, pero fundamentalmente fue motivado por el interés de la institución de cumplir, en realidad como política institucional, lo que más relevamos es la seguridad del paciente, pero es necesario reconocer que la otra cara de esto es la seguridad del trabajador, ambos deben entrar en un sistema de seguridad hospitalaria..."

D3M: "... La conformación de este comité es muy reciente, se está complementando en coordinación con otras instituciones, estamos haciendo un diagnostico de los riesgos de nuestros trabajadores, todavía no hacemos seguimiento. Hemos empezado con nuestros trabajadores de lavandería, así se ha detectado que están sometidos a riesgos alto, nuestras máquinas son muy viejas, dan lugar a muchos riesgos, no tienen la infraestructura, la situación aun no está resuelta,..."

D4M: "...Hemos hecho un convenio con la seguridad social a través de Centro de Prevención de Riesgos en el Trabajo CEPRIT. Ya hemos hecho un levantamiento de los riesgos de los trabajadores, ya están identificados...asimismo de las intervenciones que vamos a realizar...el primer problema que vamos a intervenir es el acústico en el área de lavandería, donde las máquinas hacen muchos ruidos y ya se están

comprando los protectores auditivos para el personal, asimismo el uso de mascarillas para determinadas áreas donde se trabaja con material contaminante. Estamos en proceso de elaborar el Plan en base al estudio de CEPRIT...”

PE 10:”...Si hay un registro de eventos adversos, como los punzo Cortantes..... otro tema que estamos evaluando también es el estrés laboral, hemos hecho encuestas el año 2008 y vamos hacer este año nuevamente la encuesta..”

D6:”... El registro aún no es en todas las áreas y para todas las categorías ocupacionales, hemos trabajado más en la parte profesional, personal administrativo, técnico y auxiliar, no hemos tocado todavía la parte laboral de servicios generales...”

D2M:”... Hemos considerado que la seguridad en el trabajo es un tema que ha estado un poco olvidado, generalmente todas las gestiones están más preocupados en atención al paciente y descuidamos a nuestro propio personal, entonces hemos identificado este problema...con ello pretendemos atender la insatisfacción del personal...”

PE:”... No tengo conocimiento de la constitución o funcionamiento en este Establecimiento, de algún Comité de Salud y Seguridad...”

TE: “...Sé que existe un Comité de Salud y Seguridad, pero no se quienes lo integran, ni conozco bien los temas en que está trabajando....Creo que no ha funcionado regularmente...no estoy segura.....a pesar de ser tan importante....”

PE.”... existe un Comité de Salud y Seguridad, integrado por representante de la Dirección, Epidemiología, Laboratorio, Emergencia, Cuidados Intensivos, de los Médicos, de Enfermería y del Sindicato de trabajadores,...de lo que recuerdo han trabajado Capacitación y Campañas sobre infecciones por catéter percutorios y Talleres de actualización en Seguridad Hospitalaria....pero tengo la percepción que realmente los propios trabajadores no le damos importancia al tema...”

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Este estudio buscó comprender la calidad de empleo del personal de salud en una institución hospitalaria, en tal sentido, **enfático** algunos aspectos concluyentes del estudio.

- La calidad del empleo en el HONADOMANI/SB es un tema pendiente en su agenda de gestión, en tanto no puede restringirse a procesos meramente administrativos o contingentes, en el marco de una visión clara de la función y los alcances estratégicos que los trabajadores de salud tienen en los resultados e impacto de los servicios que presta este hospital dentro del sistema de salud.
- La ubicación física y la antigüedad de la infraestructura del hospital en estudio se constituye en sí misma en un riesgo para el personal de Salud, en tanto gran parte de sus instalaciones son acondicionadas, existe en muchos ambientes hacinamiento. Esto hace muy complejo su mantenimiento y la seguridad; situación que denota debilidades en el ejercicio de la función reguladora y de rectoría del Estado a través del Ministerio de Salud y del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo dado el ejercicio de limitados mecanismos de control y supervisión de la calidad del diseño y construcción hospitalaria, así como para el mantenimiento preventivo y recuperativo de la infraestructura, equipamiento e instalaciones de los servicios de salud, no obstante la existencia de un marco normativo de diferentes nivel.
- En relación con el tamaño y composición del empleo del hospital de estudio, si bien su abordaje es altamente complejo, la autora concluye que no existe

un proceso de planificación a pesar de las importantes implicaciones para la gestión de la calidad del empleo, mucho más si HONADOMANI/SB es un hospital especializado materno infantil de referencia nacional. Es innegable que la problemática que subyace se sustenta en la especificidad del trabajo en salud que es talento intensiva, especialmente apoyada en el empleo de profesionales altamente especializados y también en el ejercicio del compromiso de los trabajadores con la atención y cuidado de los usuarios que hacen uso de sus servicios, constituyendo servicios de alta repercusión social.

- La percepción común de las unidades muestrales - personal Directivo, profesionales médicos y enfermeras, así como técnicos de enfermería- del HONADOMANI/SB de estudio, es que la calidad de empleo se relaciona con varios factores, entre ellos: condición laboral y protección social, régimen remunerativo, pluriempleo, jornada laboral /turnos de trabajo condiciones de Higiene y Seguridad en el servicio, exposición a Riesgos de trabajo) y finalmente con enfermedad y accidentes laborales, asociados a su proceso de trabajo en salud. No obstante se aprecia, aún, limitada atención al conjunto de factores. No hay el dimensionamiento de su relevancia particularmente en la población laboral y actores sociales involucrados, que se traduce en escasa políticas y asignación de recursos financieros para implementar un Plan de Gestión de Salud Ocupacional y Seguridad de los trabajadores de salud.
- La situación de precariedad en la condición laboral percibida en el hospital en estudio, responde a la situación general del empleo público que persiste mientras el Estado no resuelva el desafío de la nueva carrera pública, y sanitaria en particular, que ordene la forma de ingreso, la selección del personal y su remuneración inicial, así como el final de la carrera, el retiro, cese o jubilación, estableciendo para la fase intermedia las normas de gestión del trabajo, ascensos y certificaciones, en perspectiva de un Estado mas inclusivo

- En relación al régimen remunerativo se aprecian situaciones de salarios bajos y, más aún, inequidad salarial entre el personal nombrado y el personal contratado por modalidad CAS no obstante que desarrollan el mismo proceso de trabajo. Se ha dado lugar a una nueva situación mixta: por un lado de desestabilización del régimen laboral burocrático, desinstitucionalización de lo poco avanzado en la regulación de los recursos humanos con el DL 276, y por otro lado de instalación del régimen flexible a través de los CAS.
- La existencia de pluriempleo en el hospital en estudio, tiene varios elementos que lo influyen, entre ellos -) complementariedad en los ingresos que opera a través de una práctica dual (público-privada) que por el lado del sector público proporcionaría cierta estabilidad laboral (con ingresos no muy altos) y por el otro, la práctica privada ofrecería ingresos más altos (aunque variables), que complementan los del sector público; -) beneficios no monetarios, considerando que mientras uno de los trabajos es la fuente principal de los ingresos, el otro puede proporcionar beneficios no monetarios tales como mejoras en la formación, establecimiento de contactos profesionales o la obtención de reconocimiento y prestigio en la profesión; -) oportunidades de acceso al manejo de nuevas y mejores tecnologías y recursos que no tendrían si solamente trabajasen en el sector público. De hecho, cualquier forma adoptada por los trabajadores para mantener un nivel salarial superior al que tienen en su empleo con el Estado, invariablemente, implica aumento de la jornada de trabajo.
- En el hospital en estudio hay situaciones de sobrecarga laboral en la jornada y turnos de trabajo, con implicaciones directas en la salud de los trabajadores y en su desempeño en los servicios de salud en los que, cabe subrayar, se interactúa con seres humanos. Ello denota debilidades del rol de rectoría del MINSA, pues a pesar de existir leyes y políticas que norman la jornada laboral, hay una aplicación limitada en la duración real de la jornada laboral en el hospital y; por el contrario, hay uso extendido de las llamadas horas de productividad (AETAS) como mecanismo para aumentar la “producción del

personal de salud”. Asimismo, denotaría debilidades en la gestión de recursos humanos en salud, al no darle importancia a esta categoría en tanto un número excesivo de horas de trabajo afecta la calidad del empleo y el desempeño del personal, así como la salud física y mental de los trabajadores y consecuentemente la calidad de vida personal y de sus familiares.

- La situación de las condiciones de higiene y seguridad del trabajo en el HONADAOMANI/SB de estudio, no están suficientemente atendidas, existiendo más que nada medidas reactivas a contingencias, ello ocurre por un lado como consecuencia de las restricciones presupuestales del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud, que inciden negativamente en el desarrollo de las intervenciones necesarias; a pesar de considerarse factor determinante de la calidad del empleo en salud, contar con normatividad nacional e internacional y base teórica suficiente. De otro lado, se explica en la ausencia de una sólida cultura institucional sobre las condiciones de higiene y seguridad necesarias, en los propios trabajadores y en sus organizaciones corporativas, lo que, sumado a las restricciones económicas devienen en los hallazgos mencionados
- En el HONADOMANI/SB en estudio existe una mayor percepción de riesgos por factores biológicos, riesgos ambientales mecánicos y ambientales físicos, entre los que inciden en la calidad del empleo del personal de salud.
 - Hay una percepción mayoritaria y contundentemente de riesgos biológicos asociada al manejo de residuos patogénicos, el manejo de pacientes con HIV, Hepatitis B y otras trasmisibles. Ello implica existencia de debilidades gerenciales para la responsabilidad de proporcionar al personal de salud una adecuada protección contra las infecciones y ofrecer un ambiente de trabajo seguro, haciendo uso de los marcos legales nacionales e internacionales existentes, para hacer factible diseño de decisiones de política y financiamiento de las necesarias intervenciones de seguridad biológica.

- Respecto a riesgos ambientales físicos, la percepción mayoritaria es por exposición a ruidos, seguida de percepción de exposición a riesgos por ventilación, también riesgos por iluminación, vibraciones, y por temperatura ambiente. Un grupo menor identificó la exposición a riesgo de radiaciones. Ello da cuenta de limitaciones para su atención, dada la complejidad gerencial derivada de la ubicación y adecuación de su sede institucional; a pesar que existe reconocimiento de su incidencia sustantiva en la calidad del empleo del personal de salud.
- En relación a riesgos ambientales químicos la percepción mayoritaria es por exposición a polvos y humos. Asimismo, aunque en una proporción menor, se encontró percepción de exposición a vapores. Resultados que dan cuenta de un importante factor que sin duda alguna incide en la calidad del empleo del personal de salud y que asimismo su abordaje no tendría la suficiente atención en la gestión hospitalaria.
- Sobre la exposición a riesgos ambientales mecánicos el resultado es de una percepción casi total de un diseño ergonómico deficiente. La falta de diseño ambiental, limitaciones en las salidas de emergencia/ evacuación y también riesgos por exposición a fuentes de calor no protegidas. Situación que respondería a que no se ha incorporado la calidad del empleo en salud como política institucional, con un enfoque amplio, sistemático y multidisciplinario, en el que directivos y personal de salud trabajen juntos definiendo estrategias basadas en la prevención, de manera tal que se reduzcan también estos riesgos. Asimismo, se explica por la debilidad de la función rectora del Ministerio de Salud, para supervisar y monitorear la aplicación de las normas vigentes.

- Sobre la exposición a riesgos psicosociales, la autora concluye en una percepción mayoritaria de limitaciones en el espacio, como principal causa de riesgo, seguida de intensidad de trabajo en los tiempos asignados, por ausencias de personal y también por falta de herramientas adecuadas para la atención. Hecho que denota que no hay un abordaje integral de la Salud y Seguridad del personal de salud, ni se ha llegado a dimensionar la importante incidencia de este riesgo en la calidad del empleo en salud en el hospital en estudio. Cabe destacar la ausencia de estudios sobre este importante factor, considerando la importancia del desempeño de este hospital para el Sistema de Salud.
- En relación al riesgo de violencia en el trabajo, la autora concluye en la existencia de una percepción de riesgos por violencia por parte de los pacientes y familiares, como principal causa y también por parte de otros colegas. Hecho que implica falta de visibilidad de su incidencia en la calidad del empleo del hospital en estudio. Esta variable aún es enfocada institucionalmente de manera contingente e individual, pero sin llegar a controlar sus factores causales, se actúa o interviene sobre la víctima pero no sobre las causas.
- La autora concluye que en el HONADOMANI/SB las enfermedades laborales más comunes identificadas son: problemas osteo /musculares, lumbalgias, fatiga física, mental, stress, osteoporosis, artrosis, dolores de cabeza, alteraciones gastrointestinales y alegrías. Hecho de mayor relevancia si se considera la edad promedio de 40 años, del 50% del personal.
- La cobertura de vacunación del personal de salud del HONADOMANI/SB, requiere mejora ostensible en su proceso de registro y consolidación de la información correspondiente (no se logró acopiar información certera)

- En el HONADOMANI/SB, las iniciativas institucionales para generar información y conocimiento sobre accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales es muy inicial. Existen formatos de notificación y registro de la salud ocupacional, que tienen algunos aspectos muy básicos de incidentes o eventos adversos, particularmente, relacionados con accidentes en el trabajo u otro tipo de daño de origen ocupacional. El procesamiento de los mismos apoya algunas decisiones contingentes pero sin duda hay un vacío importante por ausencia de un sistema de información sobre salud y seguridad de los trabajadores de la salud.
- La existencia de un Comité de Higiene y Seguridad del Hospital, creado el 2009 en el marco de las normas generales del sector público, es un progreso significativo, no obstante su funcionamiento y organicidad todavía es muy débil, a pesar de contar con avances hacia un Plan de Salud Ocupacional que abordaría algunos factores relacionados con la calidad del empleo.

RECOMENDACIONES

- El HONADOMANI/SB requiere asumir la calidad del empleo como parte de la gestión de recursos humanos en tanto constituye función estratégica en la gestión sanitaria de esta institución. Ello implica incorporar los diferentes factores relacionados con la calidad del empleo en su agenda de gestión: condición laboral y protección social, régimen remunerativo, pluriempleo, jornada laboral /turnos de trabajo, condiciones de Higiene y Seguridad en el servicio, exposición a Riesgos de trabajo, enfermedades laborales identificadas, de la misma manera los accidentes laborales, asociados a su proceso de trabajo en salud.
- Es de relevancia que tanto el Ministerio de Salud como el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo del Estado Peruano, mejoren ostensiblemente su articulación en el ejercicio de los mecanismos de control y supervisión de la calidad del diseño y construcción hospitalaria, así como para el mantenimiento preventivo y recuperativo de la infraestructura, equipamiento e instalaciones de los servicios de salud que brinda el HONADOMANI/SB.
- El HONADOMANI/SB debería desarrollar, al más breve plazo, un sistema de información sobre salud y seguridad de los trabajadores de la salud que sirva para la toma de decisiones en la gestión de sus recursos humanos.
- Es recomendable que la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud en su rol regulador y normador, y el HONADOMANI/SB impulsen y desarrollen metodologías y herramientas de planificación del personal que le permita obtener el personal adecuado, distribuirlo con criterios de equidad, calidad y eficiencia, buscando establecer

la carga de trabajo relativa para los distintos tipos de personal y la suficiencia para la realización de su proceso de trabajo.

- Uno de los puntos centrales a trabajar en el HONADOMANI es la incorporación de la temática de calidad del empleo y condiciones de trabajo en la cultura organizacional, para crear mayor conciencia sobre el tema en los propios trabajadores de salud y obtener mejores resultados e indicadores de evaluación.
- La autora considera fundamental concretar la articulación entre las instituciones de salud del Sistema de Salud (Institutos Especializados, Hospitales Nacionales, Regionales, etc.) con la Unidad de Post Grado – FCCSS de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, para desarrollar investigaciones sobre calidad del empleo en salud, así como salud y seguridad de sus trabajadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Reglamento de la Ley N° 23536 sobre le Trabajo y la Carrera de los Profesionales de la Salud. (29 de marzo de 1983). *Decreto Supremo N° 019-83-PCM* . Lima, Lima, Perú.
2. Alves, G. A. (2004). As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educação e Sociedade*, 25 (87), 335-351.
3. Arroyo Laguna, J. (2000). *La Reforma Silenciosa. Políticas Sociales y de Salud en el Perú en el Siglo XX. Del desamparo social tradicional al desamparo social moderno*. Lima.
4. Arroyo, J. (2006). *Informe al país. Desafíos de los Recursos Humanos en Perú*. Lima.
5. Arroyo, J., Echegaray, C. (2009). *Carrera Sanitaria en el Perú. Fundamentos para su Desarrollo*. Lima: OPS - MINSA.
6. Asociación Civil: Derecho y Sociedad. (2007). *Asociación Civil: Derecho y Sociedad*. Recuperado el Agosto de 2007, de <http://blogpucp.edu.pe/item/26221>
7. Barria, S., Contardo, N., Cervantes, R., Monasterio, H. (Septiembre 2004). Manual de Análisis de la Dotación de Personal en Establecimientos de Salud. *TRabajo Realizado por Minga Consultora SA* .
8. Beck, U. (2000). *Un NUevo Mundo feliz. La Precariedad del Trabajo en la Era de la Globalización*. PAIDOS.
9. Belen, a. C. (Enero - Febrero 2007). *Nure Investigación N°26*. Madrid: Depatamento de Investigación de la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería.
10. Belen, A. C. (Marzo - Abril 2007). *Nure Investigación N°27*. Madrid: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería.
11. Brito, P. (2000). *Desafios y problemas de la Gestión de Recursos Humanos en Salud en las Reformas Sectoriales*. Washington: OPS.
12. Brito, P. et al. (2004). *Relaciones laborales, condiciones de trabajo y participación en el Sector Salud*. Washington: OPS.

13. Brito, P. L. (1990). *El Trabajo Médico en el Perú*. Lima: OPS/OMS Facultad de Medicina Alberto Hurtado, UPCH.
14. Brito, P. (1996). *Relatoría del Grupo de Trabajo sobre Gestión Descentralizada de Recursos Humanos de Salud, en la Reforma Sectorial*. Washington: OPS/OMS.
15. Búfalo, E. (2006). *La Reestructuración Neoliberal y el Poder Corporativo*.
16. Casas, M. (Diciembre 2002). *Bases para la Orientación de la Gestión Descentralizada de Recursos Humanos*. Lima: IDREH - MINSA.
17. Cisterna, F. (2005). Categorización y Triangulación como Procesos de Validación de Conocimiento en Investigación Cualitativa. *Teoría*, 14 (1).
18. Contreras Q., C. (2006). *Agentes Biológicos*. México.
19. Dal Poz, M. (Agosto 2000). Relaciones Laborales en el Sector Salud. Fuentes de Información y Métodos de Análisis. *Serie Observatorio de Recursos Humanos en Salud 2*.
20. Di Florio, J. (2006). *Concientización de la higiene y seguridad en el trabajo en hospitales*. Buenos Aires.
21. DUSSAULT, G. (Septiembre 2006). Mejoramiento del Desempleo del Personal de Salud: De la Promoción a la Acción. *47a Sesión del Consejo Directivo OPS/OMS*.
22. Espinoza, M. (2003). *Trabajo Decente y Protección Social*. Santiago de Chile: OIT.
23. ESSALUD. (2009). *Datos de Incapacidad Temporal para el Trabajo*. Lima: ESSALUD.
24. Farné, S. (2003). *Estudio sobre la calidad del empleo en Colombia*. Lima: OIT / Oficina Subregional para los Países Andinos.
25. Galin, P. (Agosto 2000). Guía para optimizar la utilización de la información disponible sobre empleo en el sector Salud. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos N°2. Relaciones Laborales en el Sector Salud: Fuentes de información y métodos de análisis*.
26. García - Prado, A. G. (2006). El Pluriempleo entre los Profesionales Sanitarios: Un Análisis de sus Causas e Implicaciones. *Gaceta Sanitaria*, 20 (Supl2), 29-40.

27. Granda Ugalde, E. (1998). Cambios contextuales y su impacto sobre los recursos humanos en Salud. Quito.
28. Gumperz, J. P. (1981). *Etnografía. Métodos de Investigación*. Barcelona: PAIDOS.
29. Hammersley, M. A. (2001). El Diseño de la Investigación: Problema, casos y muestras. En *Etnografía, Métodos de Investigación* (págs. 40-68). Barcelona: PAIDOS.
30. Infante, R. y Vega Centeno, M. (La Calidad del empleo: lecciones y tareas). 1999. Lima: OIT.
31. Infante, R. y VEga Centeno, M. (1999). *La Calidad del empleo: lecciones y tareas*. Lima: OIT.
32. Kvale, S. (1996). *Entrevistas, Una Introducción a las Entrevistas en la Investigación Cualitativa*. Londres.
33. Lincoln Yvona, S., Guba Egona, G. (2002). *Paradigmas en Competencia en la Investigación Cualitativa*. Hermosillo - Sonora.
34. Martinez, M. (2006). La investigación Cualitativa (síntesis conceptual). *Revista del Instituto de Investigaciones Psicológicas IIPSI*, 9 (1).
35. Messenger, J.C., Lee, S. (2007). *Working Time Around the World* ("El tiempo de trabajo en el mundo"). Londres y Ginebra: McCann D.
36. Minayo de Souza, M. C. (1992). *El Desafío del Conocimiento: Investigación cualitativa en Salud*. Sao Paulo: HUCITEC - ABRASCO.
37. MINSA - DIGESA. (2009). *III Reunión Técnica: Gestión Seguridad y Salud Ocupacional, Hospital/Institutos Especializados/Centros y Puestos de Salud*. Lima: MINSA.
38. MINSA - DIGESA. (2008). *Plan Nacional para la Gestión de la Seguridad y Salud Ocupacional en Hospitales del Ministerio de Salud*. Lima: MINSA.
39. MINSA - IDREH. (2006). *El Perú respondiendo a los desafíos de la Década de los Recursos Humanos*. Lima: Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N°5.
40. MINSA - IDREH. (2005). *Los lineamientos de Política Nacional para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud*. Recursos Humanos en Salud N°2. Lima: MINSA.

41. NESCON, N. d. (2008). *Informes Técnico N° 2. Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud*. Brasilia: OPAS.
42. Novick, M. (1996). La crisis como oportunidad: elementos para interpretar los cambios en la gestión del personal de Salud. *Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Editoriales en Salud: Cambios y Oportunidades*. OPS .
43. Novick, R. (2006). *Desafíos de la Gestión de Recursos Humanos en Salud 2005 -2015*. Washington: OPS.
44. OIT - AISS - KOSHA. (Junio 2008). Declaración de Seúl sobre Seguridad y Salud en el Trabajo . *XVIII Congreso Mundial sobre SST*. Corea: Organización Internacional del Trabajo - Asociación Internacional de la Seguridad Social - Agencia Coreana para la Seguridad y Salud en el Trabajo.
45. OIT. (10 de junio de 2008). Declaración sobre la Justicia Social para una Globalización Equitativa. *97 Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo* . Ginebra: OIT.
46. OIT. (2002). *Directrices Relativas a los Sistemas de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo*. Ginebra: OIT.
47. OIT. (1998). *El desarrollo de los recursos humanos de la función pública en el contexto del ajuste estructural y del proceso de transición*. Ginebra: OIT.
48. OIT. (2008). *Mas allá de muertes y lesiones. El papel de la OIT en la promoción de trabajos seguros y saludables*. Ginebra: OIT.
49. OIT. (Julio de 2010). *Organización Internacional de Trabajo*. Obtenido de www.ilo.org
50. OIT. (2009). *Panorama Laboral 2009 en América Latina y el Caribe*. Lima Oficina Regional para América Latina y el Caribe: OIT .
51. OIT. (2009). *Salud y Vida en el Trabajo: Un derecho humano fundamental*. Ginebra: OIT 1era edición.
52. OIT. (2006). *Seguridad y salud en el trabajo. Perfiles Nacionales*. Ginebra: OIT.
53. OIT. (2011). *Sistema de gestión de la Salud y Seguridad en el Trabajo: una herramienta para la mejora continua*. Turin: OIT.

54. OMS - Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario. (2008). *Primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud*. Kampala / Uganda: OMS.
55. OMS. (1994). *Estrategia Mundial de la OMS sobre Salud Ocupacional para Todos 1994 - 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
56. OMS. (2006). Perfil Mundial de los Trabajadores Sanitarios. En OMS, *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Ginebra: OMS.
57. OMS. (2007). *Plan de Acción Mundial de Salud de los Trabajadores*. Ginebra: OMS.
58. ONU. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas.
59. ONU. (Marzo 1976). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. ONU.
60. OPS - CEPAL - OIT. (Marzo 2000). Situación y tendencias de Recursos Humanos de Salud en las Reformas Sectoriales en nueve países de América Latina y el Caribe. *Observatorio de los Recursos Humanos SDRH N°1* , 37 - 38.
61. OPS. (2005). *Salud y Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud: Manual para Gerentes y Administradores*. Washington: OPS.
62. Organización Mundial de la Salud. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006*. Ginebra: OMS.
63. Parra, M. (2003). *Conceptos Básicos sobre Salud Laboral*. Santiago de Chile: OIT.
64. PNUD. (2002). *La perspectiva del desarrollo humano para el Perú. Capítulo I*. Lima: PNUD.
65. Polit, D. F. (2000). Diseño de muestreo. En *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (págs. 285-289, 6a edición). México: McGraw - Hill Interamericana.
66. Polit, D. H. (2000). Diseño y Métodos en la Investigación Cualitativa. En *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (pág. 6a edición). Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
67. Reinecke, G. y Valenzuela, M.E. (2000). *La calidad del empleo: un enfoque de género*. Bogota: Eds.

68. RHUS, O. N. (2005). *Prioridades de Investigación de RHUS*. Lima.
69. Rodgers, G. R. (1998). *La Calidad del Empleo: Perspectivas y Ejemplos de Chile*. Santiago de Chile.
70. Rosenthal, N. H. (1989, Diciembre). More than wages at issue in job quality debate. En S. Farné, *Estudio sobre la calidad del empleo en Colombia*. Bogotá: OIT.
71. Rovere, M. (1993). Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. *Serie: Desarrollo de Recursos Humanos en Salud - OPS*, 96.
72. Rovere, M. (2006). *Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud*. OPS 2da edición.
73. S., B. (2000). Observatorio de Recursos Humanos. En OPS, *Tendencias de las Reformas Sectoriales de Salud en Europa y sus Repercusiones en la Gestión de Recursos Humanos*. Reino Unido : OPS.
74. Salamanca Castro, A., Martín-Crespo Blanco, C. (Enero - Febrero de 2007). El Diseño en la Investigación Cualitativa. *Revista Científica de Enfermería*.
75. Seixas, P. (1996). Incentivos financieros: revisión y elementos de reflexión. En P. e. Brito Q., *Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud: Cambios y Oportunidades*. Washington: OPS.
76. Somavia, J. (2009). Discurso Inaugural . *XVI Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo*. Buenos Aires: OIT.
77. Somavía, J. (1999). *Trabajo Decente: Memoria del Director General*. OIT.
78. Torres, A. (2010). *Registro y Notificación de Accidentes y Enfermedades Ocupacionales*. Lima: Ministerio de Trabajo.
79. Triviños, A. (1987). *Introducción a la Investigación en Ciencias Sociales: una Investigación Cualitativa en Educación*. Sao Paulo: ATLAS.
80. Van Bastelaer, A. y. (2000). *Measurement of the quality of employment: introduction and overview*. Geneva: documento presentado al Joint EDE-Eurostat - ILO Seminar on Measurement of the Quality of Employment.
81. Verdera, F. (Enero 2010). *OIT: Panorama Laboral 2009*. Lima: OIT.
82. Ynoñan, P. (2009). *Perú: Una mirada del impacto económico que genera la no prevención de los riesgos laborales*. Instituto Salud y Trabajo - ISAT.

ANEXOS

Anexo 1:	Definición de términos
Anexo 2:	Cuadro de identificación de entrevistados
Anexo 3:	Declaración de consentimiento informado
Anexo 4 A:	Guía de entrevista a directivo
Anexo 4 B:	Guía de entrevista a personal de salud.

ANEXO 1

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Para facilitar la comprensión del estudio, se plantea la definición de los siguientes términos:

Actores estratégicos o relevantes: son aquellos que cuentan con recursos de poder suficientes para influir en el funcionamiento de las reglas o procedimientos de toma de decisiones y de solución de problemas.

Empleo: Instrumento básico de progreso social (Carnegie Council, 2005). Principal impulsor de la generación de riqueza, a través del cual hombres y mujeres mantienen a sus familias.

Empleo Típico: desde una perspectiva jurídica, se caracteriza por su duración indeterminada, un contrato celebrado con un empleador único, claramente identificable.

Trabajo: factor principal, dador de ciudadanía. En una concepción moderna, el trabajo, no es un problema de mercado, sino un articulador entre las esferas económica y social, como base de la cohesión social, como fuente de dignidad de las personas y como constitutivo de la ciudadanía.

Trabajo decente: Una primera noción de “trabajo decente” es dada por OIT, definiéndolo como: “trabajo productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad, en el cual los derechos son protegidos y que cuenta con

remuneración adecuada y protección social”(OIT, 2000). Esta noción señala que éste debe orientarse hacia los cuatro objetivos estratégicos señalados por la OIT, que son: a) la promoción de los derechos laborales; b) la promoción del empleo; c) la protección social contra las situaciones de vulnerabilidad, y d) el fomento del diálogo social).

Otros documentos de la OIT ensayan nuevas definiciones análogas a las antes referidas, que ratifican algunos elementos, subrayan y añaden otros. Así, por ejemplo, OIT entiende por trabajo decente el “*que se realiza en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana*” (Somavía, 1999).

Trabajo en salud, conceptúa los servicios del cuidado de la salud, desarrollados para las personas y realizados por personas, mediante un intenso y complejo proceso de trabajo, quienes lo organizan y determinan. En tal medida, la transformación de este proceso de trabajo se constituye en aspecto crítico de la transformación de los sistemas y servicios de salud.

Mercado de trabajo en salud: Es el espacio social e históricamente determinado donde se produce la relación entre oferta y demanda de recursos humanos que realizan un trabajo específico en salud.

El trabajo en salud se inscribe en un medio (institucional) que lo define a través de múltiples determinaciones: cantidad de recursos asignados, modalidad de distribución de dichos recursos, grado de complejidad tecnológica, relaciones técnicas y políticas (de *saber* y de *poder*) al interior de la institución.

Profesionales de la salud Término utilizado para designar a todos aquellos trabajadores que cuentan con una formación universitaria en ciencias de la salud y que realizan actividades en el campo de la salud.

Auxiliares de la salud Término referido al personal con formación de o menor a tres años en un Instituto Superior Tecnológico o un Centro Educativo Ocupacional. Realizan labores de apoyo básicas en los establecimientos de salud

Horas de Trabajo: El concepto de horas de trabajo se encuentra directamente relacionado con el de empleo. Las definiciones más importantes que estableció la Resolución de la X Conferencia Internacional de estadísticas del Trabajo CIET/OIT de Octubre de 1962 relativas a las horas de trabajo son las siguientes:

- Las horas normales de trabajo son las horas de trabajo fijadas por la legislación, por contratos colectivos o laudos arbitrales.
- En caso de no estar fijadas de esta manera, las horas normales de trabajo significaran el número de horas, por día o por semana, en exceso de las cuales todo trabajo se remunera con arreglo a la tasa de las horas extraordinarias o constituye una excepción a las reglas de la empresa concernientes a las categorías correspondiente de trabajadores.

Calidad del empleo: Conjunto de factores vinculados al trabajo que son expresión de características objetivas, dictadas por la institucionalidad laboral y por normas de aceptación universal, que influyen en el bienestar económico, social, psíquico y de salud de los trabajadores. La calidad de vida en el trabajo actúa sobre aspectos importantes para el desenvolvimiento psicológico y socio-profesional del individuo y produce motivación para el trabajo, capacidad de adaptación a los cambios en el ambiente de trabajo, creatividad y voluntad para innovar o aceptar los cambios en la organización. Si la calidad de vida en el trabajo fuera pobre puede originar insatisfacción y comportamientos desajustados (errores de desempeño, ausentismo y otros). Por el contrario, una elevada calidad de vida en el trabajo conduce a un clima de confianza y de respeto mutuo, en el que el individuo puede activar su desenvolvimiento psicológico y la propia organización puede reducir los mecanismos rígidos de control. También las personas, en función de su manera de ser, pueden influir en las condiciones de trabajo.

Condiciones de trabajo se refieren a las circunstancias en las que el trabajo se realiza, y se refieren a la exposición a riesgos físicos, químicos, mecánicos (que provocan accidentes y demandan esfuerzos músculo esqueléticos intensos) y biológicos.

Variables de calidad del empleo: En la revisión bibliográfica se señala una amplia gama de variables para medir la calidad del empleo. Entre las más recurrentes están:

- **El ingreso o remuneración** por horas trabajadas, para alcanzar un nivel de bienestar.
- **Número de horas de trabajo** que posibilitan la salud física y mental de los trabajadores y la calidad de vida personal y de sus familiares (Reinecke, G. y Valenzuela, M.E., 2000).
- **Contrato de trabajo** instrumento que regula y formaliza la relación entre trabajador y empleador. Debería dar acceso a la protección social (protección contra el despido arbitrario, en caso de accidentes, desempleo y de maternidad; reafirma el derecho a un sueldo mínimo, al descanso semanal, a vacaciones, etc.) y; atribuye al trabajo y a los ingresos un carácter de regularidad y estabilidad.
- **Protección social** afiliación a algún tipo de seguridad social que garantiza mejores circunstancias físicas, psíquicas y económicas para los trabajadores.

Rosenthal (1989, Diciembre) propone tomar en cuenta cinco grupos de variables en la calidad del empleo:

- **Tareas y condiciones de trabajo**, que incluyen la peligrosidad, autonomía, repetitividad, el estrés, el esfuerzo y espacio físico. También incluyen la posibilidad de trabajar en los detalles y en equipo.
- **Satisfacción en el empleo**, que, a su vez, depende de la posibilidad de poder palpar los resultados del propio trabajo, de poder utilizar en pleno las propias capacidades y de aprender unas nuevas. La creatividad, el reconocimiento de los logros alcanzados, la posibilidad de solucionar problemas, las

oportunidades de ascenso y la habilidad de influenciar o asesorar a otros son características que también entran en este grupo.

- **Período de trabajo:** durante el fin de semana y por turnos; horas extras; tiempo parcial; flexibilidad del horario.
- **Estatus del trabajo,** tanto social como en la empresa donde se trabaja.
- **Seguridad en el empleo;** afiliación a salud y pensiones y reconocimiento de vacaciones pagadas.

Seguridad y salud en el trabajo según OIT, constituyen un derecho humano y forman parte integrante del programa para un desarrollo centrado en las personas. Es una apuesta a la dignidad de la vida humana en el trabajo.

Flexibilidad del mercado de trabajo / FMT: Tiene dos acepciones: desde una perspectiva defensiva se la define como la capacidad de ajustar la fuerza laboral, las horas de trabajo y la estructura salarial a las condiciones económicas inestables y fluctuantes manifestadas por la mayor liberalización de la economía y la globalización de los mercados. En contraposición, desde una perspectiva ofensiva o proactiva se la asume como un eufemismo para denominar las cambiantes relaciones de poder del proceso productivo con creciente inseguridad laboral y diversas maneras en que las condiciones de trabajo se tornan más precarias.

Empleo precario: La revisión de la literatura, permite deducir que hay diferentes perspectivas sobre el empleo precario, y por tanto diferentes conceptualizaciones:

- Guy Caire(1982), desde una perspectiva jurídica define al empleo precario por su oposición al empleo típico (que se caracteriza por su duración indeterminada, un contrato celebrado con un empleador único, claramente identificable). El empleo precario se caracteriza inequívocamente por afectar tanto la naturaleza del contrato (efímero, inestable e incierto) como la identificación del empleador, con

una multiplicidad de formas que conduce a la fragmentación del colectivo de trabajo.

Según Caire, las diferentes manifestaciones de empleo precario comprenden: ciertas formas de trabajo a domicilio, aprendices, contratos de duración determinada eventuales, a través de agencias de trabajo temporario, subcontratación, a tiempo parcial, entre otras. Adicionalmente la perspectiva económica, sostiene Caire, se ve limitada para medir las dimensiones de la precarización, en razón que las fuentes estadísticas son heterogéneas y relativamente imprecisas.

- Desde una perspectiva sociológica(Caire, 1982), la precarización tiene consecuencias múltiples a dos niveles diferentes: de una parte sobre los trabajadores que constituyen el colectivo, y de otra parte sobre el sistema de relaciones laborales. Respecto del primero, por la reducción al máximo de la protección de la jornada de trabajo; en relación con el segundo, porque cada categoría precaria de trabajadores se rige por diferentes normativas, a pesar de la similitud de condiciones de trabajo, de calificaciones profesionales y de la unidad del poder de dirección del empleador. De ahí que, la identificación de los actores del sistema de relaciones laborales se torna dificultosa, y se des institucionaliza la organización de los trabajadores.
- Para Galin(Agosto 2000), la precariedad es un concepto de dimensiones múltiples: una primera, concierne al grado de certidumbre respecto de la continuidad del trabajo. Los empleos precarios son de corta duración, por tanto el riesgo de despido es elevado. Esta dimensión engloba igualmente todo trabajo irregular en la medida en que existe incertidumbre respecto de su renovación. Una segunda dimensión atañe a la noción de control del trabajo: cuanto menos controle el trabajador, individual o colectivamente, sus condiciones de trabajo, de salario o de ritmo de trabajo, menos asegurada está la continuidad del empleo. Una tercera dimensión es la idea de protección social, que es crucial: en qué medida los trabajadores están protegidos por la ley, por una organización colectiva. Una cuarta dimensión el relativo a la ambigüedad de los ingresos, ya que los empleos

con remuneraciones bajas pueden ser considerados precarios si se encuentran asociados a un contexto de pobreza o inserción social desfavorable. Sin embargo, también señala que no todo empleo inestable es precario, sino que las combinaciones específicas de todos estos factores son las que identifican a los empleos precarios y las fronteras del concepto son inevitablemente arbitrarias.

- La XV Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo/OIT, definió que son trabajadores con empleos precarios los "ocasionales", "a corto plazo", "estacionales" y los trabajadores "cuyos contratos de trabajo permiten a la empresa o persona que los contrata, a terminarlo con un plazo muy corto de aviso previo y/o a voluntad".

Servicio de terceros: La tercerización es la transferencia o la delegación de la operación y gestión diaria de un proceso de trabajo a un prestador de servicio externo.

Servicios No personales SNP: Régimen laboral privado del Estado Peruano establecido por el Decreto Legislativo 728, utilizado con amplitud en la década de los 90 en el sector público, con el objetivo de no aplicar el régimen laboral público del Decreto Legislativo N° 276. Este Decreto no contemplaba nombramientos, sólo contrataciones, terminando con la estabilidad laboral. Su dación se justificó en la necesidad de promover el acceso masivo al empleo productivo dentro del marco de la política económica global, y flexibilizó el régimen laboral para este propósito, dando lugar a que los contratados tuvieran remuneraciones desiguales, en una escala que podía comprender contratos de cualquier monto, bajos o altos y sin derecho a ninguna protección social.

Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios RECAS: Modalidad especial propia del derecho administrativo y privativo del Estado Peruano (Asociación Civil: Derecho y Sociedad, 2007), implementado por Decreto Legislativo N° 1057 de Junio del 2008 en el marco del Tratado de Libre Comercio celebrado entre los Estados Unidos y el Estado Peruano (que lo obligaba a

regularizar en el ámbito laboral conforme la que dispone los diversos convenios de la OIT, y la propia Constitución peruana de 1993). Suprime la precariedad laboral generada en el sector público con los denominados contratos por “servicios no personales SNP”, que en el fondo eran contratos de trabajo.

A los trabajadores por Contrato administrativo de Servicios CAS, no se les aplican ni el DL 276 ni el DL.728, se reconoce por el principio de la primacía de la realidad que existe un contrato de trabajo (contrato administrativo), donde el empleador es el estado por exclusividad, que se caracteriza por ser de plazo determinado y renovable con horario definido (jornada laboral de 48 horas semanales, un día descanso semanal), descanso de 15 días calendarios continuos por año cumplido (vacaciones) y precisa actividades a realizar. Asimismo estipula la necesidad del registro ante ESSALUD y aportes al sistema provisional (antes los SNP no tenían cobertura de ESSALUD ni protección del sistema de pensiones). Lo nuevo del Contrato CAS, es que es un régimen intermedio entre el régimen laboral público y la locación de servicios SNP; siendo un régimen flexible pero no siempre precario que parcialmente quiebra la formula de flexibilización con precarización de los 90.

Accidente de trabajo: Es todo suceso repentino y prevenible que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, que produce en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o muerte.

Bioseguridad: Conjunto de medidas preventivas para proteger la salud y seguridad de las personas en el ambiente hospitalario frente a diferentes riesgos biológicos, físicos, químicos, psicológicos o mecánicos. Incluye normas de comportamiento y manejo preventivo frente a los microorganismos potencialmente patógenos.

Enfermedad Profesional: Es la enfermedad contraída como consecuencia directa del ejercicio de una determinada ocupación, por la actuación lenta y persistente de un agente de riesgo, inherente al trabajo realizado.

Estrés: Es un estado de alerta del ser humano que le genera alteraciones psicosomáticas que es la reacción de defensa del organismo humano frente a la

presencia de exigencias, tensiones y peligros internos o externos a que la persona está expuesta en su entorno generándole cambios en la mente, fisiológicos y en su comportamiento.

Estrés laboral: Aquel producido por condiciones relacionadas al lugar donde el hombre desempeña una actividad laboral

Factores de Riesgos: Agentes de naturaleza física, química, biológica o aquellas resultantes de la interacción entre el trabajador y su ambiente laboral, tales como psicológicos y ergonómicos, que pueden causar daño a la salud. Denominados también factores de riesgos ocupacionales.

Factores de Riesgos Biológicos: Constituidos por microorganismos, de naturaleza patógena, que pueden infectar a los trabajadores y cuya fuente de origen la constituye el hombre, los animales, la materia orgánica procedente de ellos y el ambiente de trabajo, entre ellos tenemos Bacterias, virus, hongos y parásitos. Para los riesgos Biológicos no hay límites permisibles y el desarrollo y efectos, después del contagio, depende de las defensas naturales que tenga cada individuo.

Factores de Riesgos Ergonómicos: Se denomina a aquellas condiciones que trastocan la adaptación de los elementos y medios de trabajo al hombre, impidiendo o limitando la actuación humana, generando fatiga, lesiones, enfermedades y accidentes laborales.

Factores de Riesgos Físicos: Encarna un intercambio brusco de energía entre el individuo y el ambiente, en una proporción mayor a la que el organismo es capaz de soportar. Entre los más importantes ruido, vibración, temperatura, humedad, ventilación, presión, iluminación, radiaciones no ionizantes (infrarrojas, ultravioleta, baja frecuencia); radiaciones ionizantes,(rayos x, alfa, beta, gama).

Factores de Riesgos Psicosociales: Se denomina a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas

con la organización, el contenido del trabajo y la realización de las tareas, y que afectan el bienestar o a la salud (física, psíquica y social) del trabajador, como al desarrollo del trabajo. Cabe mencionar que las características propias de cada trabajador (personalidad, necesidades, expectativas, vulnerabilidad, capacidad de adaptación, etc.) determinarán la magnitud y la naturaleza tanto de sus reacciones como de las consecuencias que sufrirá.

Factores de Riesgos Químicos: Sustancias orgánicas, inorgánicas, naturales o sintéticas que pueden presentarse en diversos estados físicos en el ambiente de trabajo, con efectos irritantes, corrosivos, asfixiantes o tóxicos y en cantidades que tengan probabilidades de lesionar la salud las personas que entran en contacto con ellas.

Mobbing: La violencia laboral es un fenómeno que se conoce a nivel mundial por una palabra en inglés, "mobbing", traducida como "ataque, atropello". Implica a todas aquellas acciones intencionales ejercida en el ámbito del trabajo que manifieste abuso de poder por parte de quien tenga influencias de cualquier tipo sobre la superioridad, durante un tiempo prolongado, que afectan a la dignidad del trabajador, su derecho a no ser discriminado, el respeto de su honra y su integridad física, psíquica- social y moral, mediante amenazas, intimidación, maltrato, persecución, menosprecio, insultos, bromas sarcásticas reiteradas, discriminación negativa, desvalorización de la tarea realizada, imposición, inequidad salarial, traslados compulsivos, acoso y acoso sexual propiamente dicho. Puede llegar a desencadenar daños psicológicos graves, pérdida del empleo y hasta suicidios.

ANEXO 2
CUADRO DE IDENTIFICACIÓN DE ENTREVISTADOS

GRUPO	CODIFICACIÓN	FECHA DE ENTREVISTAS
TÉCNICO DE ENFERMERIA (10)	TE1	03/09/09
	TE2	03/09/09
	TE3	04/09/09
	TE4	04/09/09
	TE5	05/09/09
	TE6	05/09/09
	TE7	05/09/09
	TE8	06/09/09
	TE9	06/09/09
	TE10	06/09/09
PROFESIONALES (20) (MEDICOS /10 ENFERMERAS / 10)	PM1	07/09/09
	PM2	08/09/09
	PM3	09/09/09
	PM4	10/09/09
	PM5	11/09/09
	PM6	12/09/09
	PM7	13/09/09
	PM8	14/09/09
	PM9	15/09/09
	PM10	15/09/09
	PE1	07/09/09
	PE2	08/09/09
	PE3	09/09/09
	PE4	10/09/09
	PE5	11/09/09
	PE6	12/09/09
	PE7	13/09/09
	PE8	14/09/09
	PE9	15/09/09
	PE10	16/09/09
DIRECTIVO (7)	D1	04/09/09
	D2	10/09/09
	D3	10/09/09
	D4	17/09/09
	D5	18/09/09
	D6	21/09/09
	D7	22/09/09

ANEXO 3

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA CALIDAD DEL EMPLEO DEL PERSONAL DE SALUD EN UNA INSTITUCION HOSPITALARIA

Código y N° del entrevistado _____

Declaración de consentimiento informado

Gracias por su participación voluntaria en esta investigación, cuyo objetivo es relevar hechos y percepciones que los directivos y personal de salud de este hospital han detectado en sus servicios de trabajo en relación con las condiciones de empleo. Esta investigación se basa en la obtención de información cualitativa a partir de lo expresado por los entrevistados, por lo que no existen riesgos, por el contrario sus beneficios son la contribución a la reflexión de todos los actores sociales del campo de la salud: directivos de instituciones prestadoras de salud, trabajadores, colegios profesionales, sociedad civil y otros sobre el impacto de la calidad del empleo en salud

Con su anuencia previa, haremos una entrevista grabada, donde usted contestará algunas preguntas sobre su trabajo. Adicionalmente será utilizado un registro de campo para anotar eventuales observaciones. La entrevista será programada con antelación y se coordinará con usted la mejor fecha y hora para su realización; pudiendo renunciar a participar de la misma, en cualquier momento, incluso si usted hubiese firmado este consentimiento. La información obtenida de cada participante es confidencial, la identidad de los entrevistados, asociada a sus respuestas, no será revelada y sólo serán utilizados en forma agregada con propósitos

científicos. Para garantizar la confidencialidad, cada participante tendrá un código de identificación de acuerdo con las entrevistas cronológicamente ordenadas

Declaro haber leído y comprendido la información contenida en este documento y estar de acuerdo en participar en este estudio, por lo que autorizo a Doña María Elizabeth Casas Sulca, Tesista de la Unidad de Post Grado de la Facultad de Ciencias Sociales UNMSM a utilizar la información conseguida en mi persona, a través de lo que será expresado, escrito y visto, con el fin de realizar el presente estudio, siempre que se mantenga la confidencialidad acerca de mi identidad.

En consecuencia, suscribo mi acuerdo.

DNI

Mail:

ANEXO 4A

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA CALIDAD DEL EMPLEO DEL PERSONAL DE SALUD EN UNA INSTITUCION HOSPITALARIA

CUESTIONARIO DE ENTREVISTA A DIRECTIVO

Código y N° entrevista _____

Fecha: _____

Datos generales

Profesión: _____

Cargo: _____

Edad: _____

1. ¿Qué antigüedad tiene en su actual cargo?
2. ¿Qué comentarios puede hacer sobre su sede institucional?
3. ¿Cuál es su opinión respecto del tamaño y composición del personal de salud en los servicios del hospital?
4. ¿Qué condición laboral tiene usted? Podría agregar algunos comentarios sobre sus derechos laborales.
5. ¿Usted identifica diferencia en el desempeño del personal de salud que tienen 2 o más puestos de trabajo con los que no presentan estas situaciones?
¿Cuáles?

6. ¿Cuántas horas de trabajo promedio semanal tiene el personal en este Hospital? ¿se hace horas extras y reemplazos de turnos entre los trabajadores de salud del hospital? ¿Por qué? ¿qué piensa usted de esta situación?
7. ¿Qué piensa de los turnos que se cumplen en este establecimiento?
8. ¿En términos generales como caracteriza las condiciones de higiene y seguridad que hay en el hospital?
9. ¿Considera que en el hospital existe exposición del personal de salud a los riesgos que a continuación menciono?
 - a) Riesgos de carácter biológico: (de sus argumentos y comentarios) Por manejo de residuos patogénicos, HIV/Hepatitis B, otros? (especifíquelos)
 - b) Riesgos Ambientales: (de sus argumentos y comentarios)

Físicos: ruidos, Iluminación, vibraciones, radiaciones, electricidad, temperatura ambiente, ventilación?, otros (especifíquelos).

Químicos: polvos, humos, vapores?, otros (especifíquelos).

Mecánicos: diseño ergonómico deficiente, diseño ambiental, salidas de emergencia/evacuación, fuentes de calor no protegidas, otros (especifíquelos).
 - c) Riesgos Psicosociales: (de sus argumentos y comentarios)
 - Intensidad de trabajo en los tiempos asignados
 - Intensidad de trabajo por ausencias de personal
 - Falta de equipos y herramientas adecuadas para la atención
 - Limitaciones de espacio
 - Mala organización del trabajo
 - Jornadas extensas de trabajo
 - Mal clima organizacional
 - Exceso o Falta de controles
 - Otros(especifíquelos).
10. ¿Sabe si en hospital se han presentado situaciones de violencia, podría mencionar por parte de quién? ¿Sabe de alguna situación de acoso sexual, laboral o de alguna otra situación de violencia?. Podría comentar las razones.

11. ¿Conoce si en el Hospital se han producido algunas de situaciones o accidentes laborales como: heridas cortantes (por pinchaduras por agujas u hojas de bisturí), caídas, contacto con vectores, lesiones osteomusculares agudas, otras...cuales? ¿por qué?
12. ¿Conoce si en el Hospital se han producido algunas enfermedades relacionada con la actividad laboral? O malestares o molestias frecuentes relacionadas con sus condiciones de trabajo? ¿Cuáles y por qué?
13. Este establecimiento cuenta con un área especializada en temas de higiene, seguridad, condiciones de trabajo, prevención de riesgos o algo similar. ¿Qué comentarios le merece?
14. ¿Qué comentario final podría hacer en relación con a la calidad del empleo, en este hospital? ¿Considera que tiene relevancia para la gestión sanitaria?

ANEXO 4 B**INVESTIGACIÓN CUALITATIVA
CALIDAD DEL EMPLEO DEL PERSONAL DE SALUD EN UNA
INSTITUCION HOSPITALARIA****CUESTIONARIO DE ENTEVISTA A PERSONAL DE SALUD****Código y N° entrevista**_____**Fecha:** _____**Datos generales**

Formación Profesional: _____ o Técnica: _____

Servicio / Función: _____

Edad: _____

1. ¿Qué antigüedad tiene en su actual cargo?
2. ¿Qué comentario puede hacer sobre esta institución y su sede institucional?
3. ¿Cómo califica la dotación y disponibilidad de personal en su servicio?
4. ¿Qué modalidad de relación laboral tiene Ud. en este establecimiento/institución?
5. Precise desde cuándo y si tiene descuentos jubilatorios, seguro social, vacaciones pagadas, aguinaldo.
6. ¿Considerando un mes de actividades laborales suyas: ¿en cuántos puestos de trabajo o cargos, Ud. se desempeña, contando el que desarrolla en este Hospital?
¿Por qué motivos?
7. ¿Cuántas horas promedio trabaja Ud. en una semana en este Hospital? ¿Por qué?

8. Considerando las horas trabajadas en este establecimiento y en otras instituciones, ¿cuántas horas a la semana trabaja?
9. ¿Cuál es el ingreso promedio mensual recibido por el cargo ejercido en el hospital (sin descuentos)?, ¿cuáles son sus ingresos mensuales totales incluyendo los del hospital más los de las otras instituciones? (sin descuentos)
10. ¿Qué turnos cumple en este establecimiento? ¿qué piensa de ellos?
11. ¿En términos generales como aprecia las condiciones de higiene y seguridad del Servicio donde se desempeña? ¿Por qué?
12. ¿Cree Ud. que en su área de trabajo existe exposición del personal de salud a los riesgos que a continuación se menciona?
 - a) Riesgos de carácter biológico: manejo de residuos patogénicos, HIV/Hepatitis B, otros (especifíquelos) ¿Por qué?
 - b) Riesgos Ambientales, ¿Por qué?
13. **Físicos**: ruidos, Iluminación, vibraciones, radiaciones, electricidad, temperatura ambiente, ventilación(otros especifíquelos)
14. **Químicos**: polvos, humos, vapores (otros especifíquelos)
15. **Mecánicos**: diseño ergonómico deficiente, diseño ambiental, salidas de emergencia/evacuación, fuentes de calor no protegidas, (otros especifíquelos)
16. Riesgos Psicosociales. ¿por qué?
 - a) Intensidad de trabajo en los tiempos asignados
 - b) Intensidad de trabajo por ausencias de personal
 - c) Falta de equipos y herramientas adecuadas para la atención
 - d) Limitaciones de espacio
 - e) Mala organización del trabajo
 - f) Jornadas extensas de trabajo
 - g) clima organizacional
 - h) otros(especifíquelos)
17. ¿En su área de trabajo se han presentado situaciones de violencia. ¿Por parte de los pacientes?, ¿por parte de los colegas?, ¿por parte de la jerarquía?, ¿hay acoso sexual?, ¿acoso laboral?, ¿alguna otra situación de violencia? ¿Podría comentar las causas?

18. En su área de trabajo ¿se han producido algunas de estas situaciones o accidentes: Heridas cortantes (pinchaduras por agujas u hojas de bisturí), caídas, por contacto con vectores de riesgo, lesiones osteomusculares agudas, otras? ¿cuales? ¿por qué?
19. ¿Cree Ud. que padece alguna enfermedad relacionada con su actividad laboral?, ¿tiene malestares o molestias frecuentes relacionadas con sus condiciones de trabajo? ¿cuáles? Comente por favor.
20. ¿Sabe si en este hospital existe un área especializada en temas de higiene, seguridad, condiciones de trabajo y prevención de riesgos? Que comentarios le merece.
21. Que comentario final podría hacer en relación a la calidad del empleo en este hospital.